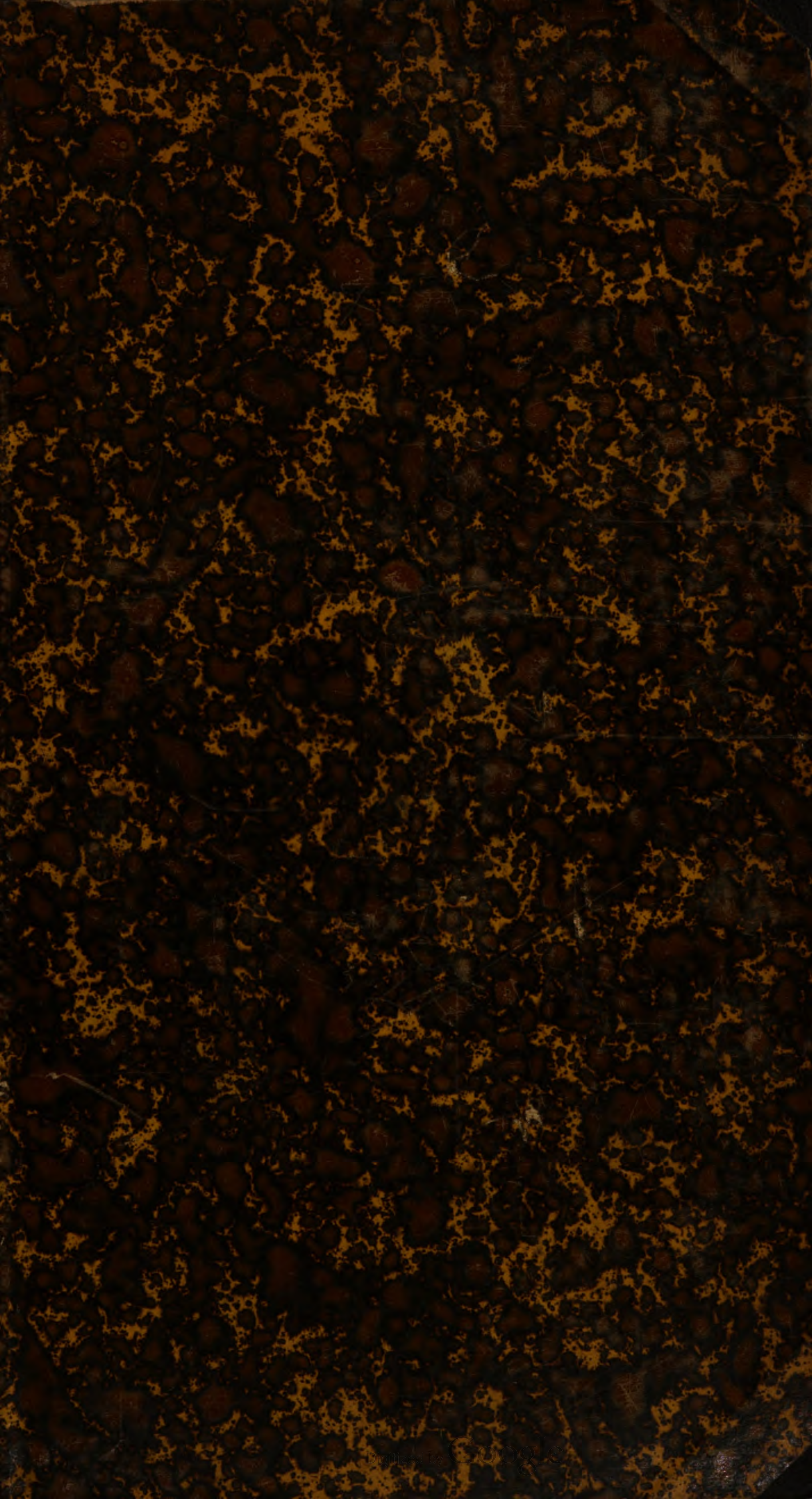
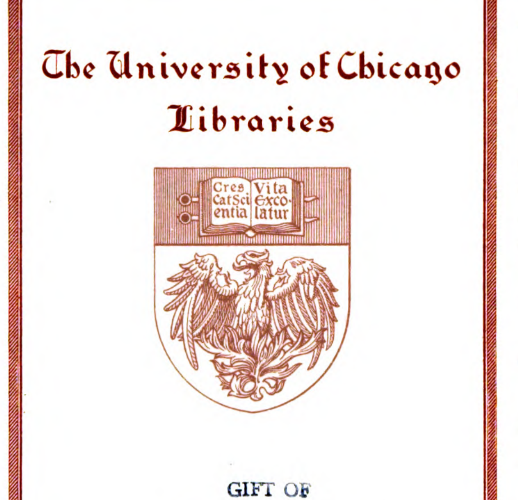






ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

15. JAHRGANG 1910.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1910.



Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XV. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.



Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. BAUER (Emmendingen), Dr. W. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. O. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. Gg. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. M. MICHALOWICZ (Wien), Dr. Herm. NETTER (Pforzheim), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. G. SOMMER (Zittau), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. VULPIUS (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. WEGSCHEIDER (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Januar 1910. Nr. 1.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Januar 1910. Nr. 1.

I. Originalbeiträge.

(Aus der Königlichen Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin.)

Über einen Fall von Luxatio coxae congenita bei multipler angeborener Gelenkschlaffheit.

Von

Dr. Siegfried Peltesohn,

I. Assistenten der Poliklinik.

Im folgenden möchte ich kurz über einen in mehr als einer Hinsicht interessanten Fall von Luxatio coxae congenita bei multipler Gelenkschlaffheit berichten.

Es handelt sich um ein zur Zeit der ersten Untersuchung $6^1/_2$ Jahr altes, aus gesunder Familie stammendes Mädchen. Aus der Anamnese entnehme ich, daß das Kind seit der Geburt überaus zart und schwächlich war, daß es bis zu seinem 4. Jahre nur unter Anwendung verschiedener Nährmittel am Leben erhalten werden konnte. Es soll mit $3^3/_4$ Jahren $18^1/_4$ Pfund gewogen und 82 cm lang gewesen sein. Der erste Zahn brach mit $^5/_4$ Jahren durch. Das Kind lernte erst mit $3^1/_2$ Jahren den Urin willkürlich halten. Mit 1 Jahr konnte es sitzen, dagegen lernte es erst mit $4^3/_4$ Jahren stehen und 8 Wochen später gehen, nachdem es eine Diätkur durchgemacht hatte. Als das Kind $2^3/_4$ Jahre alt war, stellte ein Masseur eine Anomalie der Hüftgelenke fest. Seit den ersten Schritten des Kindes fiel den Eltern der watschelnde Gang auf, er wurde — wie es leider so häufig geschieht — nur auf allgemeine Schwäche zurückgeführt. Von jeher sei das Kind außerordentlich beweglich gewesen „wie ein Schlangenmensch".

Die Untersuchung ergibt nun kurz folgenden Befund: Das hellblonde, äußerst zarte, fettarme, blasse Kind gerät sofort bei der Untersuchung in starken Schweiß und ist im ganzen sehr ängstlich. Erst nach längerem Zureden gibt es äußerst dürftige, langsame Antworten. Die Sprache ist wie die eines etwa 2 jährigen Kindes, fast alle Konsonanten werden als T und D ausgesprochen. Die Sensibilität ist — soweit zu prüfen — regelrecht. Die Pupillen reagieren prompt. Der Patellarreflex ist nicht auslösbar. Achillessehnenreflexe und Bauchdeckenreflexe deutlich. Die inneren Organe lassen keine Veränderungen erkennen. Gesamtkörperlänge 102 cm, Kopfumfang 49 cm. Zähne sehr schlecht, teilweise kariös. Schilddrüse nicht zu fühlen. Zunge normal groß. Der Brustkorb ist im ganzen flach und weist im unteren Teil des Sternums eine für die Kinderfaust passende trichterartige Einziehung auf. Die unteren Rippenpartien sind wiederum stark nach auswärts gebogen. Der Leib ist dünn, weich. Keine Nabelhernie.

Bei leichtem Druck auf die sternalen Enden der Claviculae kann man diese nach hinten bringen, also eine Luxatio sternoclavicularis hervorrufen.

Alle Extremitäten können aktiv ohne Einschränkung mit zarter Kraft bewegt werden. Die Muskulatur ist äußerst dünn, so daß z. B. der Umfang über der Mitte des Biceps brachii 14, der größte Umfang der Unterarme 13, der größte Wadenumfang $16^1/_2$, der Umfang in der Mitte der Oberschenkel $23^1/_2$ cm beträgt.

Alle Gelenke des Körpers können passiv über die Norm bewegt werden. Die erhobenen Oberarme kann man hinter dem Kopf kreuzen. Mit den nach unten und rückwärts geführten Armen kann man so ausgiebige Bewegungen machen, daß der Handrücken alle Punkte des Rückens bis hinauf zur gegenüberliegenden Schulter bestreicht. Die Rotation der Oberarme ist etwas vermehrt. Erhebt das Kind oder der Untersucher die Oberarme senkrecht, so sind die Oberarmköpfe als dicke Wülste in den Achselhöhlen zu sehen, dabei geht der Kopf des Humerus etwas fußwärts, so daß man zwischen Schulterdach und Oberarmkopf die Haut einstülpen kann. Die Ellbogengelenke sind aktiv und passiv so weit zu beugen, daß die Unterarmbeugefläche derjenigen des Oberarms bis hinauf zu den Schultern total anliegt. Das Handgelenk ist jederseits aktiv von 45° Volarflexion bis 80° Dorsalflexion beweglich. Passiv ist diese Bewegung noch ausgiebiger. So kann das Kind den Daumen in seiner ganzen Länge mühelos an die Beugeseite des Unterarmes anlegen. Jeder einzelne Finger ist abnorm beug- und überstreckbar und kann wie zu einem kleinen Knäuel eingerollt werden. Die ausgestreckte Hand kann man mühelos parallel zu sich selbst nach auf- und abwärts gegen den Unterarm verschieben und so Stellungen hervorrufen wie sie einer Subluxation entsprechen.

Die Oberschenkelköpfe haben die Hüftpfannen verlassen; es besteht beiderseits eine typische Luxation, wobei der Trochanter major etwa 5 cm oberhalb der Roser-Nélatonschen Linie steht. Die Abduktion ist leicht beschränkt. Die Kniegelenke sind um 10° überstreckbar und soweit flektierbar, daß die Waden am Oberschenkel in ganzer Länge anliegen, ja daß mit dem Hacken die Gegend der Symphyse berührt werden kann. Auch die Fußgelenke sind abnorm schlaff; sie sind so weit streckbar, daß die Tibiakante mit dem Fußrücken eine gerade Linie bildet, und auch abnorm dorsal beugbar. Die Zehen können wie die Finger zusammengerollt und stark überstreckt werden. Im Chopartschen und Lisfrancschen Gelenk können ausgiebige Wackelbewegungen vorgenommen werden.

Die Wirbelsäule ist ebenfalls sehr mobil. Mühelos kann man starke Lordosen und Kyphosen an ihr erzeugen.

Während aktiv nur ein Teil der Hyperextensionen und Hyperflexionen erzeugt werden kann, geschieht die Aufrechterhaltung dieser passiv hervorgebrachten Positionen aktiv mühelos. Bei keiner der möglichen Bewegungen wird über Schmerzen geklagt.

Die Hüftluxationen wurden vor einigen Monaten von Herrn Prof. Joachimsthal ohne Schwierigkeiten gleichzeitig reponiert und wegen des Alters des Kindes und der Muskelschwäche nur 4 Wochen im Gipsverband in der typischen Weise fixiert. Trotz dieser kurzen Fixationsdauer hat sich die volle Streckstellung der Oberschenkel noch nicht ganz wiederhergestellt, was wohl auf die Schwäche der Muskulatur zurückzuführen ist. In wenigen Monaten dürfte die Streckung und damit die Wiederherstellung der Funktion erreicht sein, um somehr als die Schenkelköpfe auch nach dem Röntgenbefunde zentral in den Hüftpfannen stehen.

Fassen wir den vorstehend beschriebenen Fall kurz zusammen, so handelt es sich bei einem geistig und körperlich deutlich zurückgebliebenen Mädchen um eine angeborene Überbeweglichkeit aller Körpergelenke und echte doppelseitige Hüftgelenksverrenkung. Die Überbeweglichkeit beruht nicht auf mangelhafter Knochenproduktion oder Knorpelanomalien, sondern auf angeborener Schlaffheit aller Gelenkkapseln.

Während die Kasuistik der solitären angeborenen Gelenkdeformitäten dank der Erforschung und fortgeschrittenen Therapie der Luxatio coxae congenita schier ins Unendliche angewachsen ist, weist die Literatur nur eine beschränkte Zahl von multiplen angeborenen Gelenkverbildungen auf. Es kann als erwiesen angesehen werden, daß in einem Teil der Fälle von Luxatio coxae congenita auch andere Gelenke angeborene Veränderungen zeigen. So kombiniert sich die angeborene Kniegelenksluxation und ihre Vorstufe, das angeborene Genu recurvatum, häufig mit der Hüftluxation. Das kommt so häufig

vor, daß — worauf Joachimsthal hingewiesen hat — in jedem Falle von ersterer Affektion beim Neugeborenen die Untersuchung der Hüften vorgenommen werden sollte. Meyer (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. XXII), der die einschlägige Literatur in jüngster Zeit gesammelt hat, stellte fest, daß in einem Viertel aller Fälle von angeborener Knieluxation nachweisliche Veränderungen auch an anderen Gelenken vorhanden sind, welche auf Störungen des Kapselapparates schließen lassen. Er selbst fand bei der Sektion eines 42 cm langen Fötus an den unteren Extremitäten Schlottergelenke zwischen Tarsus und Metatarsus, Pedes equino-vari, Subluxatio genu sin., Schlottergelenk des rechten Knies mit Dislokation der Patella nach oben und an den Armen Schlottergelenke zwischen Karpus und Metakarpus, Luxatio radii antica sinistra, Schlaffheit des Ellbogen- und der Schultergelenke. Bemerkenswerte Ähnlichkeit bezüglich der Multiplizität der Gelenkanomalien weisen dann drei Fälle von Perthes (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. XIV) auf. Sie betrafen drei Geschwister mit angeborenen Knie- und Hüftluxationen, und alle drei zeigten eine ganz auffallende Schlaffheit und Nachgiebigkeit der Gelenkkapseln auch an den oberen Extremitäten, sodaß — wie in unserem Falle — abnorme Stellungen hervorgebracht werden konnten. Was die Ausdehnung der Gelenkschlaffheiten anbetrifft, so muß noch auf einen Fall von Julius Wolff verwiesen werden, bei dem es sich um eine $9^1/_2$ jährige Patientin mit einem derart weiten und nachgiebigen Kapsel- und Bandapparat an den meisten Gelenken handelte, daß es durch Zug möglich war, überall allerhand Luxations- und Subluxationsstellungen hervorzurufen. In drei Gelenken, den beiden Hüft- und dem linken Kniegelenk, handelte es sich um fixierte angeborene Luxationen, in den beiden oberen Radiusgelenken um bewegliche angeborene Luxationen, im rechten Kniegelenk um eine willkürliche, d. h. von dem Kinde aktiv ausführbare und reponierbare Luxation. Diesen Fällen stellt sich unser Fall von angeborener Schlaffheit des Kapsel- und Bandapparates an die Seite.

Was das besondere Interesse betrifft, das diese Fälle bieten, so liegt es in den Schlaglichtern, die sie auf die viel umstrittene Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung werfen. Das eine steht fest und geht auch aus unserem Falle hervor, daß es nicht angängig ist, in allen Fällen von Luxatio coxae congenita eine einheitliche Ätiologie anzunehmen. Betrachten wir unseren Fall noch einmal kurz, so sehen wir, daß es nur an den Hüftgelenken zu fixierten Luxationen gekommen ist. Während nämlich an den Schultergelenken, die beim Erheben, und an den Sternoklavikulargelenken, die auf Druck subluxieren, im Ruhezustande und beim Gebrauch die Kontiguität der Gelenke nicht gestört ist, war die Hüftluxation eine konstante und willkürlich nicht reponierbare. Es entsteht daher die Frage, ob in unserem Falle tatsächlich die Hüftluxation angeboren war, d. h. in utero erworben wurde, oder erst später zustande kam, als das Kind im vierten Lebensjahre die ersten Steh- und Gehversuche machte. Gestützt auf die Radiographie und auf den Umstand, daß das Hüftgelenk dank seiner anatomischen Zusammensetzung für die Luxation in utero prädisponiert ist, endlich auf gewisse anamnestische

Angaben, glaube ich die intrauterine Entstehung annehmen zu dürfen.

Um nun auf die Frage nach der Ätiologie zurückzukommen, so besagt bekanntlich die von Sédillot und Stromeyer verfochtene Theorie, daß die angeborene Hüftluxation durch eine Erweichung und Erschlaffung des ligamentösen Gelenkapparates bedingt ist. So wenig diese Theorie für die solitären Luxationen heutzutage noch Anspruch auf Anerkennung hat, so wahrscheinlich ist es, daß sie in manchen Fällen multipler angeborener Luxationen und Subluxationen das Richtige trifft. Zu diesen Ausnahmefällen ist zweifellos neben den oben angeführten Fällen unser Fall zu rechnen, und es hieße — wie schon Wolff ausführte — den Tatsachen Zwang antun, wollte man in unserem Falle die kongenitale Hüftluxation nicht mit der in allen anderen Gelenken des Körpers vorhandenen abnormen Erweiterung des Kapsel- und Bandapparates in Zusammenhang bringen.

Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica.

Von

Dr. **Georg Neumann,**
prakt. Arzt und Kinderarzt in Landsberg a. W.

Zu den Erkrankungen, deren Ätiologie immer noch unbekannt ist, gehört die Purpura haemorrhagica, eine glücklicherweise seltene Affektion. So sehr sie im allgemeinen geeignet ist, die Angehörigen des Patienten zu schrecken, so pflegt sie doch, von den wenigen malignen Fällen abgesehen, deren Ätiologie vielleicht eine ganz andere ist, im großen und ganzen gutartig zu verlaufen. Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, die ich vor einiger Zeit zu beobachten hatte, heilten schnell ab.

Fall 1. Walter S., 8 Jahre alt; der Vater ist Flößer und leidet an Rheuma, Mutter und Schwester sind gesund. Der Knabe soll stets blaß und häufig krank gewesen sein. Im Alter von 3 Jahren überstand er Scharlach und Masern. Weihnachten 1906 sollen an den Kniegelenken faustgroße Schwellungen entstanden sein, die nach 3—4 Tagen verschwanden. Dann soll über dem Rückgrat eine handflächengroße, fingerdicke Schwellung aufgetreten sein, von der, wie die Mutter sagt, „Blumen“ zurückblieben. An den Beinen und im Gesicht erschienen zahlreiche kleine Flecke. Seit einer Woche sind beide Hände und beide Füße geschwollen.

16. Februar 1907. Walter S. ist ein kleiner, schwächlicher Knabe, von grazilem Knochenbau, schwacher Muskulatur und geringem Fettpolster. Die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind blaß. Der zweite Aortenton ist akzentuiert. An den Armen und an den Unterschenkelknöcheln finden sich noch geringe Schwellungen. An den Beinen sieht man vereinzelte rote Flecke, die Flohstichen ähneln; oberhalb der Knöchel sind zahlreiche rote und blaue Flecke sichtbar. Am linken Handgelenk ist eine weiche, beim Betasten knirschende Schwellung vorhanden.

Therapie: Levikowasser.

4. April 1907. Die Verfärbungen sind verschwunden. Das Kind soll beim Gehen in den Kniegelenken einknicken und dabei Schmerzen empfinden, die erst bei längerer Bewegung nachlassen.

30. Oktober 1907. Der Knabe hat vor mehreren Wochen einige kurzdauernde epileptische Anfälle gehabt, die seit ca. 4 Wochen sistieren; dafür klagt er über häufige Übelkeit.

Therapie: Brom.

Auf eine kürzlich erfolgte Erkundigung hin erfuhr ich, daß sich die Purpura nicht wiederholt haben soll, dagegen dauert die Epilepsie an.

Fall 2. Mädchen M., $3^3/_4$ Jahre alt, einziges Kind. Eltern gesund. Vor 5 Tagen soll die Krankheit begonnen haben. Das Kind klagte plötzlich über Schmerzen in den Füßen, nachdem einige Tage vorher Juckreiz bestanden hatte; das linke Fußgelenk schwoll an und war am nächsten Morgen blau verfärbt. Am Abend desselben Tages wurden beide Beine bis an die Kniee blau, am nächsten Tage die Vorderarme und die Hände; tags darauf zog sich die Schwellung und Verfärbung immer höher bis an den Leib.

26. März 1907. Das Kind klagt nur über Schmerzen in den Beinen. Es ist dem Alter entsprechend entwickelt, von derbem Knochenbau, guter Muskulatur und reichlichem Fettpolster. An beiden Füßen, an den Schenkeln und den Glutäen finden sich zahlreiche linsen- bis taubeneigroße rote und graugelbe Flecke, desgleichen an den Händen und Vorderarmen.

Der Kopf, das Gesicht, Bauch und Rücken, sowie auch die Mundschleimhaut sind ohne Flecke. Der linke Fuß ist geschwollen und schmerzhaft; die geschwollenen Partien fühlen sich heiß an. Innere Organe o. B. Herztöne rein, Milz nicht palpabel. Urin enthält Spuren von Eiweiß, Sediment o. B. Es besteht kein Fieber.

Therapie: Injektion von 40 g steriler Merkscher Gelatine.

30. März 1907. Am Tage nach der Einspritzung soll das Kind sehr schwach und unruhig gewesen sein. Es konnte weder Arme noch Beine heben. Dann besserte sich der Zustand. — Es besteht kein Fieber. Der Puls ist beschleunigt (100 Schläge in der Minute, weil das Kind eine neue Injektion fürchtet). Der Allgemeinzustand ist sehr gut. Flecke sind nur noch an der Hinterseite des rechten Beines und an den Glutäen sichtbar. Der Urin ist ohne Eiweiß.

3. April 1907. Das Kind ist munter. Die Flecke sind fast ganz verschwunden. Urin ohne Eiweiß.

Therapie: Levikowasser.

Eine spätere Erkundigung ergab, daß die Affektion nicht wiedergekehrt ist.

Die Ursache dieser beiden Fälle von Purpura haemorrhagica ist nicht zu ermitteln. Eine auf Rheumatismus bezügliche Anamnese liegt nicht vor, dagegen möchte ich an dieser Stelle nachtragen, daß beide Kinder aus demselben Dorfe sind und daß, da ihre Erkrankung nur wenige Wochen auseinander liegt, die Möglichkeit einer Infektion wohl nicht ausgeschlossen scheint. Der Verlauf war in beiden Fällen ein kurz dauernder und benigner. Therapeutisch erwiesen sich Gelatineinjektion und Arsen als empfehlenswert.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Sigmund Müller, Über den Wert der v. Pirquetschen Reaktion. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Arbeit bestätigt die aus den bisherigen Veröffentlichungen sich ergebenden Prozentzahlen über den Ausfall der Reaktion nach dem Alter, bei Tuberkulösen, Sus-

pekten und Tuberkulosefreien. Besonders wertvoll sind die an 99 geimpften Kindern erhobenen Sektionsbefunde: bei 22 positiv Reagierenden bestätigte die Sektion die Diagnose; bei den 77 Fällen mit negativer Reaktion fand sich bei 65 keine Tuberkulose, bei 12 dagegen wurde Tuberkulose konstatiert; dies waren 7 Fälle von Miliartuberkulose, 3 von tuberkulöser Meningitis, 1 Bauchfelltuberkulose und 1 progrediente Lungentuberkulose. Hecker.

Walter Sochaczewski, Zur Pathogenese der Darmblutungen im Säuglingsalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Kasuistische Mitteilung mehrerer Fälle von Darmblutungen, welche zum Teil aus Geschwüren des Duodenums und Ileums entstanden, zum Teil parenchymatöser Natur waren. Hecker.

S. Bach, Zwei Fälle von angeborenem Herzfehler. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Fälle, bei denen intra vitam eine Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, ergaben bei der Sektion:

1. Atresie der Arteria pulmonalis; Persistenz des Foramen ovale; Persistenz des Ductus arteriosus Botalli; Stenose und Insuffizienz der Tricuspidalis.
2. Defekt im Septum ventriculorum; Rechtslage der Aorta; Konusstenose, Stenose und Bildungsanomalie der Arteria pulmonalis.

Hecker.

Paul Sommerfeld, Über Komplementablenkung bei Scharlach. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Sera von Scharlachkranken geben zuweilen mit wässerigen Scharlachleberextrakten Komplementbindung. Die Reaktion ist keine regelmäßige; sie steht auch nicht in Beziehung zur Schwere oder Dauer der Erkrankung.

Sera von Scharlachkranken können eine Komplementbindung mit wässerigen Extrakten von syphilitischen Lebern geben. Die Bindung ist aber keine dauernde, sondern sie verschwindet nach einiger Zeit. Serum von Scharlachkranken, welches mit einem luetischen Leberextrakt eine Ablenkung der Hämolyse bewirkte, kann bei Prüfung mit einem zweiten wirksamen luetischen Extrakt die Hämolyse unbeeinflußt lassen. Der Wert der Wassermannschen Syphilisreaktion wird durch das Verhalten der Scharlachsera nicht beeinträchtigt.

Hecker.

Julius Neumann, Zur Theorie der Schädigung magenkranker Säuglinge durch fetthaltige Ernährung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Verf. studierte den Einfluß des Fettes auf die Eiweißverdauung im Reagenzglase, indem er die Trypsinverdauung von Kasein bzw. Löffler-Serum durch Seifenlösungen alterierte, und fand, daß bestimmte Seifenmengen bestimmte Trypsinmengen unwirksam machen. Hecker.

Felix Proskauer, Über die Azetonurie bei Scharlach. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) In sämtlichen Scharlachfällen findet sich eine initiale Azetonurie von verschiedener Intensität und verschieden langer Dauer. Sie kann in rudimentären Fällen und wohl auch bei der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Serum-

exanthem zur Unterstützung der Diagnose herangezogen werden in dem Sinne, daß ein positiver Ausfall dafür, ein negativer aber nicht dagegen spricht. Sie ist unabhängig von der Dauer des Exanthems, der Fieberhöhe und der Schwere des Krankheitsbildes. Die Ursache der infektiösen Azetonurie ist nicht in einem Kohlehydratmangel infolge ungenügender Nahrungsaufnahme zu suchen. Sie wird durch eine endogene Kohlehydatinanition hervorgerufen, indem im Zusammenhang mit der infektiösen Intoxikation ein Mehrverbrauch von Kohlehydraten eintritt.

Die zur Deckung der Kohlehydrate wahrscheinlicherweise einsetzende Umwandlung von Fett in Zucker dürfte als Nebenreaktion die Bildung von Azeton zeitigen. Möglicherweise vollzieht sich der Vorgang derart, daß unter der Einwirkung des gleichen Leberfermentes eine Aldolkondensation der Fettspaltungsprodukte eintritt, indem aus dem Glyzerin Zucker, aus den Abbauprodukten mit zwei Kohlenstoffatomen Aldol, β-Oxybuttersäure und Azeton gebildet wird. Hecker.

E. Becker, Skrofulose und Lymphozytose. (Aus der städt. Fürsorgestelle für Lungenkranke in Charlottenburg.) (Mediz. Klinik. 1909. Nr. 37.) Aus den B.schen Untersuchungen geht mit Sicherheit hervor, daß die Skrofulose eine mehr oder weniger hochgradige Vermehrung der Lymphozyten im Blute macht. Diese Vermehrung betrifft sowohl die kleinen Formen, als auch die großen, und letztere ist oft besonders auffallend. Falls bei skrofulösen Drüsenschwellungen eine Lymphozytose nicht vorhanden ist, so muß man annehmen, daß in den Drüsen keine Überproduktion der Lymphozyten mehr stattfindet, daß die Skrofulose nicht „floride“ ist. Aus dem Grade der Lymphozytose kann man einen Schluß auf den Zustand der Drüsen ziehen, und das weitere Verhalten der Lymphozyten, und zwar besonders der großen Formen gibt einen Aufschluß über den Verlauf der Skrofulose.

Für diese Beurteilung lassen sich aber natürlich nur die Lymphozyten verwerten, die Zählung der Leukozyten allein ist nicht ausreichend und kann zu groben Irrtümern Veranlassung geben.

Dies Vorhandensein einer bedeutenden Menge von großen Lymphozyten im Blute der skrofulösen Kinder gibt für viele Fälle einen Anhaltspunkt für die Entstehung der Tuberkulose der Lungen, der Knochen usw. Diese großen Zellen sind wohl hierbei nicht als Jugendformen, sondern als pathologische Zellen aufzufassen, es trifft für sie zweifellos die alte Virchowsche Bezeichnung der „trüben Schwellung“ in exquisiter Weise zu. Es ist nun sehr wohl möglich, daß manche dieser Zellen Tuberkelbazillen, die in den skrofulösen Drüsen ja zweifellos vorhanden sind, enthalten. Vermöge ihrer Größe werden sie nun imstande sein, solche Kapillaren, in welchen nur eine geringe Blutströmung stattfindet, zu verstopfen und an diesen Orten eine Infektion hervorzurufen. Die besondere Beschaffenheit des Protoplasmas, welche sich in der Auffaserung des Randes kundgibt, spielt hierbei möglicherweise auch eine Rolle. Einen Beweis für diese Hypothese würde man erbringen, wenn es ge-

länge, Tuberkelbazillen in den großen Lymphozyten nachzuweisen. Dieser Beweis ist B. trotz vieler Untersuchungen bisher nicht gelungen, man wird aber auch zugestehen müssen, daß dieser Fund bei der außerordentlich geringen Zahl der Zellen, welche man darauf überhaupt untersuchen kann, ein großer Zufall wäre. Grätzer.

J. Grober, Zu der rheinisch-westfälischen Epidemie von spinaler Kinderlähmung.[1]) (Aus den Städtischen Krankenanstalten Essen.) (Medizin. Klinik. 1909. Nr. 47.) Es scheint jetzt die spinale Kinderlähmung eine Charakterveränderung vorzunehmen; sie dehnt sich weiter aus als früher, ohne daß bessere Übertragungsgelegenheit oder größere Empfänglichkeit des Menschen angenommen werden könnte. Vielmehr spricht alles dafür, daß das uns noch nicht bekannte Virus an sich selbst eine Änderung erfahren hat, die sich zunächst in größerer Leichtigkeit der Übertragung und Verbreitung — also wohl Steigerung der Widerstandsfähigkeit —, ferner aber in größerer Virulenz, Giftigkeit für den Menschen ausdrückt. Das ist nicht nur aus der größeren Anzahl von Erkrankungsfällen zu entnehmen, sondern auch aus dem Verlauf der einzelnen Erkrankung. Es sind weiter nicht nur intensivere Erscheinungen, sondern auch neue und daneben wenigstens abgeänderte Eigentümlichkeiten des Krankheitsverlaufes, die uns erkennen lassen, daß mit dem Krankheitsgift ein Wechsel vorgegangen sein muß.

Einer stärkeren Virulenz zuzusprechen wird man schon gleich die auffallende Beobachtung geneigt sein, daß heute in der rheinisch-westfälischen Epidemie die Todesfälle bei unserer Krankheit ganz unvergleichlich viel häufiger vorkommen als außerhalb der befallenen Bezirke und als früher etwa hier. Nur in den allerseltensten Fällen trat der Tod ein, nachdem in den ersten Tagen der Erkrankung, welches Stadium als das erste — der Infektion — man zweckmäßig von dem zweiten — der Regeneration — und von dem dritten — dem stationären — unterscheidet, hohes Fieber, gastrische, nervöse und allgemeine Infektionserscheinungen das Feld beherrscht hatten. Heute rechnen wir ungefähr mit einer Mortalität von 15 $^0/_0$, was das erste Stadium angeht. Indessen erscheint es zweifelhaft, ob die große Steigerung der Todesfälle nur auf die Verstärkung der Virulenz zurückzuführen ist. Die Sterbenden zeigen nämlich nicht alle Symptome, die, wie gewöhnlich bei den Todesarten der Infektionen, auf toxische Wirkungen oder auf die Erlahmung des Herzens zurückgeführt werden können, sondern ein großer Teil von ihnen stirbt bei vollem Bewußtsein, gutem Pulse unter Atemstörungen. Bei anderen treten neben diesen freilich Bewußtlosigkeit hinzu, auch Spasmen, niemals aber sind die Erscheinungen so, daß man an einen primären Herztod denken müßte. Den prämortalen Störungen des Atemzentrums entsprechen bei der Autopsie Veränderungen in der Substanz des Gehirns und des verlängerten Marks, von denen uns bei der spinalen Kinderlähmung nichts oder kaum etwas, mehr bei der zerebralen Kinderlähmung bekannt war. Zweifellos ist, daß die spezielle infektiöse

---

[1]) Wir bringen diesen und die folgenden Artikel des aktuellen Interesses wegen „außer der Reihe". Die Red.

Entzündung, die wir bisher als Poliomyelitis bezeichneten, viel größere Bezirke der grauen Substanz des Zentralnervensystems ergreift, als wir bisher gewußt haben; ob das früher nicht oder immer schon der Fall gewesen, ob etwa in letzterem Fall die Intensität der Zerstörung der zentralen Gebilde und ihrer Funktion eine größere als jetzt geworden, läßt sich nicht entscheiden. Unbestreitbar ist, daß der Tod im ersten Stadium viel häufiger eintritt als früher, und zwar unter dem Bilde der zentral bedingten (pontal erzeugten) Atemstörung.

Die zweite bemerkenswerte und auffällige Erscheinung der zeitigen Epidemie besteht darin, daß nicht nur, wie früher, hauptsächlich die Kinder im 2.—4. Lebensjahr erkranken, sondern sowohl jüngere, wie auch ältere, so daß diese Lebensalter, die früher zwar nicht gerade verschont, aber doch nur selten ergriffen wurden, heute ebenfalls als reichlich gefährdet anzusehen sind.

Ein weiterer Unterschied gegen die früheren Erkrankungen scheint darin zu liegen, daß, sei es als Rest einer anfangs ausgedehnteren Krankheit oder als einziges Zeichen der bei der Infektion erfolgenden Lähmung überhaupt, eine einseitige Parese bzw. Paralyse des Fazialisstammes vorhanden ist, über dessen periphere oder zentrale Natur zu entscheiden noch nicht genug Zeit verflossen und bei Kindern der ersten Lebensjahre auch keine günstige Gelegenheit vorhanden ist. Eine „spinale Kinderlähmung“ mit Fazialislähmung — sei es in Gemeinschaft mit anderen Lähmungen oder allein — ist nun ganz einfach keine spinale Kinderlähmung mehr. Es spielen sich also bei der heutigen Epidemie spinale und zerebrale Prozesse nebeneinander ab. Von früheren Autoren wird gerade auf das Fehlen der Hirnnervenlähmung, wie überhaupt der Hirnerscheinungen, als bedeutungsvoll hingewiesen. Freilich andere als gerade Lähmungen des siebenten Hirnnervens sind anscheinend bisher nicht beobachtet worden. Es dürfte der Einwand, der überhaupt bei der klinischen Beobachtung unserer Krankheit eine große Rolle spielt und vermutlich spielen wird —, daß es sich dabei gar nicht um „spinale Kinderlähmung“, sondern um Lähmungen nach anderen Infektionen und Infektionskrankheiten handelt, von besonderem Interesse sein. Namentlich werden die zahlreichen abortiven Fälle, die man unter der derzeitigen Epidemie beobachtet, darunter zu leiden haben. Dieselben zeigen ein deutliches Infektionsstadium, das meist mit mehr oder weniger deutlichen Darmerscheinungen einhergeht, wobei aber die Symptome seitens des Nervensystems stark oder gar ganz in den Hintergrund treten: entweder erstrecken sich die Lähmungen, wenn sie einmal einige Tage bestehen bleiben, nur auf einzelne Muskelgruppen oder gar nur einzelne Muskeln, oder sie gehen in ganz kurzer Zeit, auch wenn sie größere Teile des motorischen Systems betreffen, wieder vollkommen zurück, sodaß bei mangelhafter Beobachtung in beiden Fällen häufig wohl überhaupt keine Lähmungen konstatiert werden. Derartige Fälle scheinen zurzeit häufiger vorzukommen als früher, wobei gern zugegeben werden soll, daß daran vielleicht auch die gesteigerte Sorgfalt der Ärzte und die Furcht des Laienpublikums schuld sein kann. Auffallend ist die Zahl der abortiven Fälle immerhin.

Endlich ist noch einer besonderen Eigenart der Erkrankungen zu gedenken, die ebenfalls früher, sicher nicht in dem Maße, wenn überhaupt so deutlich beobachtet worden ist. Beim Zurückgehen der Lähmungen an den Extremitäten werden fast immer zuerst die distalen Teile beweglich, und bleiben es oft allein, während die zentralwärts gelegenen gelähmt bleiben. Diese Bevorzugung der bezeichneten Muskelgruppen gewährt einen eigentümlichen Anblick: ein an den Beinen gelähmter Junge vermag mit den Zehen des einen Fußes, an denen sich recht bald die Bewegungsfähigkeit wieder einstellte, allerhand Evolutionen auszuführen, während das übrige Bein schlaff gelähmt ist. Ein anderer kann mit den beweglichen Fingern des gelähmten linken Armes alles tun, was er vor der Lähmung auch gekonnt hat. Will er die Hand geben, so hilft er dem schlaff gelähmten Arm mit den Fingern nach, indem sie ihn über die Bettdecke wegziehen — sie bewegen sich, sich anklammernd und gleichsam kletternd, daran vorwärts. Man hat oft den Gedanken, eine Plexuslähmung, keine spinale Erkrankung vor sich zu haben, so distinkt sind die gelähmten von den beweglichen Muskeln geschieden. Daß übrigens in manchen Fällen auch neuritische Veränderungen vorliegen, betont eine Reihe von Autoren. Schmerzempfindungen und Druckschmerzhaftigkeit der Nerven sprechen dafür. Ob anatomische Befunde für neuritische Veränderungen aus den im Infektionsstadium gemachten Autopsien vorliegen, ist noch nicht bekannt geworden.

Diese haben jedoch in fast allen Fällen, soweit sich dies heute aus den teilweise noch lückenhaften Berichten übersehen läßt, Veränderungen von einer Ausdehnung erkennen lassen, wie wir sie jedenfalls bisher kaum gekannt und auch nicht erwartet haben. In einem Fall, der der Differentialdiagnose wegen von besonderer Wichtigkeit war, fand sich eine größere Anzahl myelitischer Herde, neben den Erscheinungen der Leptomeningitis, nicht nur an dem Rückenmark, sondern auch an der Medulla oblongata, der Brücke, dem Großhirn, namentlich aber dem Kleinhirn, überall soweit bisher wenigstens ersichtlich, primär in der grauen Substanz auftretend. Man hatte hier also gar keine spinale Kinderlähmung allein, sondern auch eine zerebrale vor sich, andere Autopsien haben das gleiche gezeigt.

Auch andere klinische Erscheinungen sprechen zugunsten häufigerer Beteiligung des Gehirns an dem pathologischen Prozeß; die manchmal recht starke Benommenheit, der erhöhte intraspinale und zerebrale Druck, wie ihn Punktionsnadel, Augenspiegel und Pulsbeschaffenheit oftmals erkennen lassen, wohl auch die freilich gegen frühere Epidemien anscheinend seltener gewordenen Krämpfe und unwillkürlichen Bewegungen der Extremitäten im Infektionsstadium.

Spinale und zerebrale Kinderlähmung scheinen also ineinander überzugehen. Da nun auch neuerdings ältere Kinder erkranken, so auch von im Pubertätsalter befindlichen und noch älteren Personen von bezüglichen Erkrankungen berichtet wird, so scheint auch ein Übergang zur akuten Poliomyelitis der Erwachsenen zu bestehen, und berücksichtigt man anschließend noch die einzeln beobachteten Erscheinungen von Neuritis an verschiedenen Stellen, Polyneuritis, so kommen wir zu dem Resultat, daß spinale und zerebrale Kinder-

lähmung, die Poliomyelitis acuta der Erwachsenen, eventuell auch einzelne Fälle der Polyneuritis in der derzeitigen Epidemie sich zu einem größeren Krankheitsbilde vereinigen, das bald so, bald so auftreten kann, anscheinend also eine Familie von Erkrankungen der nervösen Substanz bildend, die darin ihr Gemeinschaftliches findet, daß neben den Erscheinungen der Leptomeningitis von den Gefäßen aus entzündliche Vorgänge in die graue Substanz der nervösen Gebilde eindringen, hier Entzündungsherde bilden, die durch Druck oder durch Toxine die multipolaren Ganglienzellen der grauen Teile, vielleicht auch die nahe gelegenen Fasern zur Atrophie, jedenfalls zur Nichtleitfähigkeit bringen. Grätzer.

P. Krause (Bonn), Zur Kenntnis der westfälischen Epidemie von akuter Kinderlähmung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 42.) K. faßt das Resultat seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Die akute Kinderlähmung ist eine akute Infektionskrankheit. Beweis: gehäuftes Auftreten, Gruppenerkrankung in einer Familie, Infektion durch menschliche Zwischenträger. 2. Die akute Kinderlähmung ist der Hauptsache nach eine Kinderkrankheit; im zweiten Lebensjahre besteht die größte Empfänglichkeit. In seltenen Fällen erkranken daran auch Erwachsene. 3. Die akute Kinderlähmung scheint eine Krankheit der warmen Monate zu sein. 4. Die akute Kinderlähmung kommt in dichtbewohnten Bezirken wie in einsam liegenden Häusern verkehrsarmer Gegenden vor. 5. Die Übertragung der Krankheit durch Zwischenträger ist in seltenen Fällen sicher nachgewiesen. Der eigentliche Infektionsmodus ist noch unbekannt. Nahrungsmittel, Ungeziefer scheinen nicht in Betracht zu kommen. In Westfalen (wie in Schweden) wurde mehrfach ein auffallendes gleichzeitiges Sterben von jungen Hühnern festgestellt. 6. Anatomisch findet sich stets eine geringe Leptomeningitis und mikroskopisch nur geringe Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks; in acht Fällen bestanden regelmäßig ausgedehnte katarrhalische Veränderungen des Dünn- und Dickdarms, Milztumor und Schwellung der Mesenterialdrüsen. 7. Als Eintrittspforte des vermuteten Virus kann mit Wahrscheinlichkeit des Magen-Darmtraktus gelten; jedenfalls gingen in der Hagener Epidemie in mehr als 90% der Fälle der Lähmung Magen-Darmsymptome, und zwar von mehrtägiger Dauer, voraus. 8. Das krankmachende Virus ist noch unbekannt, seine Übertragung auf Tiere ist gelungen. Grätzer.

P. Krause (Bonn) u. **E. Meinicke** (Hagen), Zur Ätiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. (Aus dem Hagener Laboratorium des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrkohlengebiet.) (Ebenda.) Die Versuche, den Erreger der akuten Kinderlähmung mit den üblichen mikroskopischen und kulturellen Methoden nachzuweisen, sind bisher ergebnislos verlaufen. Ebenso haben die Bemühungen, Mäuse, Meerschweinchen, Tauben und Kücken zu infizieren, vorläufig zu keinem Resultat geführt. Die Versuche mit Affen sind noch nicht abgeschlossen und werden in größerem Maßstabe fortgesetzt.

Bei Kaninchen konnten die Verff. in mehreren Fällen durch Verimpfen von Kinderlähmungsmaterial den Tod der Tiere herbeiführen. Soweit das Sterben der Kaninchen beobachtet werden konnte, trat der Tod unter ausgesprochenen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auf. Die Tiere gingen meist erst nach einer ziemlich langen Zeit anscheinenden Wohlbefindens ein. Durch die Beobachtung des lebenden Tieres und die Obduktion konnten anderweitige Todesursachen, Sepsis, Seuche, Durchfälle, Marasmus, nicht nachgewiesen werden. Eine gewisse Gesetzmäßigkeit in dem Termin des Krankheitsbeginnes, in der Art der Krankheitssymptome und dem Zeitpunkt des Todes ist in einzelnen Fällen nicht zu verkennen. Es sei hier auf zwei Kaninchen verwiesen. Diese beiden Tiere erkrankten 11 Tage nach der Impfung ungefähr gleichzeitig unter völlig übereinstimmenden Symptomen und starben beide nach mehrstündigem Kranksein innerhalb einer Stunde. Ein derartiges Verhalten läßt wohl im Verein mit anderen Beobachtungen die Auffassung nicht unberechtigt erscheinen, daß in der Impfung der Kaninchen mit Kinderlähmungsmaterial die Ursache der späteren Erkrankungen und des anschließenden Todes zu suchen ist. Nach dem Beschlusse einer am 6. Oktober im Kultusministerium stattgefundenen Besprechung werden die Versuche in Verbindung mit dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin in größerem Maßstabe fortgesetzt.

Grätzer.

A. Stieda, Coxa valga rachitica (Aus der Chirurg. Klinik in Königsberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 30.) Diese Diagnose stellte St. bei einem 8jährigen Knaben, der über Ermüdbarkeit und Schmerzen in den Oberschenkeln klagte. Er zeigte einen steifen Gang. Die Gelenksteifigkeit war nur eine scheinbare. Es war zu konstatieren ungleiche Länge der Oberschenkel bei fehlendem Hochstand des Trochanters, auf dem Röntgenbilde erkannte man ferner die Steilstellung des Schenkelhalses, die rechts stärker ausgeprägt war als links. Das Kind hatte früher an Rachitis gelitten.

Grätzer.

Wechselmann u. G. Michaelis, Über die Behandlung der multiplen Abszesse der Säuglinge mit spezifischem Serum. (Aus dem R. Virchow-Krankenhause in Berlin.) (Ebenda.) Bei an ausgedehnter Furunkulose leidenden Kindern wurde ein polyvalentes Staphylokokkenserum, nach Wright angefertigt, injiziert. Mit 50 Millionen Staphylokokken wurde begonnen, dann zu 100 und 500 Millionen übergegangen. Die Injektionen wurden alle 8 Tage gemacht. Diese Therapie erwies sich als sehr erfolgreich und direkt spezifisch.

Grätzer.

Sommer, Ein Beitrag zur Hirschsprungschen Krankheit. (Aus dem Kgl. Krankenstift in Zwickau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 31.) Das Krankheitsbild wich bei dem 13jährigen Knaben insofern von dem gewöhnlichen ab, als die Erscheinungen der Darminsuffizienz nicht allmählich, sondern ganz plötzlich einsetzten, obwohl der krankhafte Zustand des Darmes nach dem objektiven Befund (Dilatation und Hypertrophie) schon lange vorher bestanden

haben muß. Der Verlauf wäre wohl auch ein mehr chronischer geworden, wenn nicht so günstige Bedingungen für einen Ventilverschluß vorgelegen hätten.
Grätzer.

Bünting (Stolzenau), Ein Fall von infantilem Myxödem. (Deutsche med. Wochenschaft. 1909. Nr. 32.) Das Kind war in seinen ersten 6 Lebensjahren normal und niemals krank gewesen, dann entwickelte sich das Leiden. Durch 300 Thyreoidintabletten wurde eine eklatante Wirkung erzielt.
Grätzer.

M. Brückner, Akute zerebrale Ataxie im Verlaufe einer Diphtherie. (Aus der Kinderheilanstalt zu Dresden.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 34.) Ein bisher gesundes Kind bekommt im Verlaufe einer mit mäßiger Kehlkopfstenose aber ohne toxische Erscheinungen einhergehenden Diphtherie eine Nervenstörung, welche vollständig aus dem Rahmen dessen herausfällt, was man sonst zu sehen gewohnt ist. In der zweiten Krankheitswoche entwickelt sich rasch eine leichte Störung der Intelligenz, eine außerordentlich hochgradige motorische und statische Ataxie bei Abwesenheit von Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, sowie eine Sprachstörung, welche charakterisiert ist durch Klanglosigkeit und Monotonie, Verlangsamung und explosionsartiges Hervorstoßen der Silben. Im weiteren Verlaufe der Krankheit stellt sich eine vorübergehende Blasen- und Mastdarmlähmung ein. Nach mehrmonatlichem Bestand tritt allmählich fast vollständige Heilung ein. Die Patellarreflexe waren im Beginn der Erkrankung gesteigert, während des späteren Verlaufes stets deutlich vorhanden.

Dieses Krankheitsbild stellt einen Symptomenkomplex dar, den wohl zuerst Westphal, danach Leyden geschildert und unter dem Namen akute zentrale Ataxie beschrieben hat. Als anatomische Grundlage nimmt Leyden eine Encephalomyelitis disseminata mit besonderer Beteiligung der Brücke des Kleinhirns und der Medulla oblongata an. Leyden scheidet diesen Symptomenkomplex streng von einem anderen ähnlichen, der peripheren akuten Ataxie oder Pseudotabes, d. h. der peripheren Polyneuritis mit begleitenden, rasch sich entwickelnden Koordinationsstörungen. Diese letztere Form ist nach Diphtherie öfter beobachtet worden und fügt sich ohne Zwang dem Bilde der peripheren Neuritis ein, welche den Typ der postdiptherischen Lähmungen darstellt. Akute zentrale Ataxie im Verlaufe der Diphtherie ist im Gegensatz hierzu enorm selten. B. hat etwas derartiges im Verlaufe von 20 Jahren noch nicht gesehen.
Grätzer.

C. Goebel, Zwei Fälle von Rektumprolaps. (Aus dem Augusta-Hospital in Breslau.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 36.) Im ersten Falle handelt es sich um ein $2^1/_2$ jähriges Mädchen mit einem apfelgroßen Prolaps, im zweiten um einen 3 jährigen Knaben, bei dem ein über 10 cm langes Stück Mastdarm prolabiert war. Das operative Resultat war in beiden Fällen recht zufriedenstellend. Es trat die gute Wirkung des Thierschschen Silberdrahtringes hervor.
Grätzer.

C. Helbing, Meine Erfahrungen bei 53 Gaumenspaltoperationen mit technischen Mitteilungen. (Berliner klin.

Wochenschrift. 1909. Nr. 39.) H. ist für ganz frühzeitiges Operieren; er operiert Säuglinge vom 4. Monate ab, wenn sie sich als lebenskräftig erwiesen haben. Bei diesen in so jugendlichem Alter Operierten hat er keinen Todesfall erlebt. Er hat überhaupt bei allen 53 Patienten keinen einzigen durch Tod verloren.

Von 5 Säuglingen in den ersten 6 Lebensmonaten sind 4 durch eine einmalige Operation vollkommen geheilt, und ein Mißerfolg ist zu verzeichnen. Von den im 2. Lebensjahr operierten 7 Kindern hat H. bei 5 durch eine einmalige Operation einen vollkommenen Verschluß der Spalte erzielt. Von 12 Kindern im Alter von 1—3 Jahren hat er 7 vollkommene Heilungen, 1 Mißerfolg und 4 Fälle, bei welchen Fisteln bis zu Erbsengröße zurückgeblieben sind, die sich durch eine zweite Operation leicht schließen lassen. Bei den Kindern von 4 bis 6 Jahren kommen auf 18 Operationen 12 vollkommene Heilungen durch eine Operation, 3 weitere sind durch eine Nachoperation geheit, sodaß der Prozentsatz der Heilungen in diesem Alter 83,5 beträgt. In 2 Fällen blieben kleine Fisteln zurück, einer blieb ungeheilt. Bei den 11 nach dem 7. Lebensjahr operierten Patienten betrug mit 9 glücklich ausgeführten Operationen die Gesamtheilung 81,8 %.

Man sieht aus dieser Statistik, daß die Operationschancen sich ganz gleich gut gestalten, gleichgültig, ob man im Säuglingsalter oder später operiert. Zusammengenommen kommen also auf 53 operierte Fälle 40 geheilte, d. h. 75 % vollkommener Heilungen. Die operative Heilung der Gaumenspalte stellt also nicht etwa eine Rarität dar, sondern ist bei einem mit der besonderen Technik vertrauten Chirurgen das gewöhnliche.

Faßt man die Vorteile der frühzeitigen Gaumenspaltenoperation nochmals kurz zusammen, so ergibt sich folgendes:

1. Die Schwierigkeiten der Operation bei ganz kleinen Kindern jenseits des 3. Lebensmonats sind keine größeren, als bei älteren Kindern, wenn man mit genügend kleinem Instrumentarium arbeitet, die Ablösung des Involucrum palati duri von dem Oberkiefer ist im Gegenteil leichter und mit geringerem Blutverlust verbunden.

2. Die Aussichten, daß die Gaumennaht bei Säuglingen sofort gelingt, sind mindestens ebenso groß, nach H.s Statistik sogar größere. Von 10 noch nicht 1 Jahr alten Kindern wurden 8 durch eine einmalige Operation geheilt.

3. Die Gefahren für das Leben des Kindes sind gleich Null. Andererseits ist die lebensrettende Bedeutung der mit Erfolg ausgeführten Operation bei kleinen Kindern nicht zu unterschätzen. Die Kinder sind gerade im Säuglingsalter durch die Defektbildung vielen Schädlichkeiten unterworfen. Mangelhaftes Saugen und infolgedessen unzureichende Ernährung, häufiges Verschlucken und dadurch entstehende Infektionen im Atmungs- und Verdauungsapparat, Mittelohreiterungen usw. bedrohen ihr Leben, und tatsächlich ist die Mortalität der Kinder mit nicht operierten Gaumenspalten im ersten Lebensjahr eine ganz enorm hohe. Alle diese lebensbedrohenden Schädlichkeiten fallen mit der geglückten Operation fort.

4. Die funktionellen Erfolge waren bei der frühzeitigen Gaumenspaltenoperation die besten. Auch ohne Sprachunterricht oder Prothesen stellt sich bei den Kindern ganz von selbst immer eine deutliche, manchmal eine ideale, ganz reine Sprache her, die sich von der eines normalen Kindes durch nichts unterscheidet.

H. bekennt sich deshalb als ein absoluter Gegner jedweder Prothesenbehandlung bei nicht operierten Gaumenspalten. Die Prothese ist nie imstande, die Gaumenspaltenoperation zu ersetzen. Denn nur die Operation schafft bleibende Verhältnisse, der Obturator dagegen kachiert im besten Falle den Defekt und muß während des Wachstums häufig geändert und kontrolliert werden, sodaß die unglücklichen Patienten dauernd ärztlicher Behandlung unterworfen sind. Es mag ja bei Säuglingen in den ersten Lebenswochen durch eine Prothese das Säugen in manchen Fällen erleichtert werden, es gibt aber sicher Fälle, in welchen diese Bemühungen gar keine Resultate zeitigen.

H. ist bisher in keinem einzigen Fall von dem von Langenbeckschen Operationsverfahren abgegangen und hält diese klassische Methode der Gaumenspaltenoperation für die einfachste und beste. Seiner Ansicht nach gibt es keine Gaumenspalte, die nicht nach der von Langenbeckschen Methode operiert werden könnte, und H. hält alle anderen Operationsverfahren zum mindesten für überflüssig. Eine einzige Modifikation, nämlich das von Julius Wolff angegebene zweizeitige Verfahren erkennt er unbedingt an. Grätzer.

H. Gerhartz, Diphtheriegift und Röntgenstrahlen. (Aus dem medizin.-poliklin. Institut der Universität Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 40.) Aus den mitgeteilten Beobachtungen geht hervor, daß die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen imstande ist, die Giftigkeit des Diphtheriegiftes in vitro und im Tierkörper abzuschwächen, und daß sich diese Wirkung sowohl am zirkulierenden, wie am gebundenen Gifte äußert. Da die Röntgenstrahlen eine große Tiefenwirkung besitzen, sind wohl hierin die Bedingungen für eine fruchtbare Anwendung gegeben. Grätzer.

L. Zweig, Die Behandlung von umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensäureschnee. (Aus der dermatol. Abteil. d. städt. Krankenanstalten zu Dortmund.) (Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 32.) Das Verfahren ergab sehr gute Erfolge, wenn es auch hie und da versagte. Über die Technik sagt Z.:

„Wir lassen den Schnee aus den gebräuchlichen Kohlensäurebomben, wie sie die Gastwirte zu ihren Bierdruckapparaten gebrauchen, und wie sie jetzt überall zu beziehen sind, in ein kleines Ledersäckchen (Fensterleder), welches die Form eines Tabakbeutels hat, ausströmen; man muß hierbei beachten, daß der Verschluß der Bombe dem Ledersäckchen fest anliegt, so daß keine Kohlensäure entweichen kann, denn sonst kommt es nicht zur Kondensation des Gases. Ferner ist es von Wichtigkeit, daß die Ausflußöffnung tief liegt; man erreicht dies am besten dadurch, daß man die Bombe flach auf die Erde legt. Zur leichteren Handhabung steht die Bombe in einem rollbaren Gestell, das auch ein Umkippen bis zur Erde ermöglicht.

Man öffnet, nachdem man alle diese Punkte beachtet hat, jetzt das Ventil und unter lautem Zischen strömt die Kohlensäure aus. Länger als wie 3, 4 höchstens 5 Sekunden soll man das Ventil nicht öffnen, lieber mehrere Male. Durch Betasten des Säckchens vergewissert man sich, ob man genügend Schnee erhalten hat. Dann preßt man mit Hilfe eines Metallöffels den Schnee in Glasröhren von ca. 10 bis 15 cm Länge und verschiedener Weite, je nach der Größe der zu behandelnden Stelle. In die Röhren passen Stempel hinein, sodaß man die Kohlensäure in Form eines Zylinders herausdrücken kann. Die beiden Hauptfaktoren, auf die es bei der Anwendung des Kohlensäureschnees ankommt, sind

1. die Zeitdauer, wie lange man den Schnee einwirken läßt, und

2. der Druck, mit dem man den Schnee aufpreßt.

Je nach der Art der Erkrankung modifiziert man das Verfahren. Will man möglichst oberflächliche Hautgebilde beeinflussen, so läßt man den Schnee kurze Zeit und unter geringerem Druck einwirken; kommt es einem jedoch darauf an, mehr in die Tiefe zu dringen, so bedient man sich einer längeren Wirkungsdauer bei stärkerem Druck. Man kann je nach der Art und Ausdehnung der erkrankten Partie die ganze Prozedur in einer Sitzung erledigen, kann aber auch, wie wir das bei den einzelnen Fällen noch sehen werden, die Anwenduug auf mehrere Sitzungen verteilen.

Welches sind nun die Hauterkrankungen, die von vornherein für diese Behandlungsmethode in Betracht kommen? Es leuchtet schon aus praktischen Erwägungen ein, daß es sich in der Hauptsache nur um Erkrankungen handeln kann, die in abgegrenzten, gut umschriebenen Herden auftreten. In der Tat ist dem auch so. Der Kohlensäureschnee hat daher bei uns bisher Anwendung gefunden.

I. bei Naevi jeder Art,
II. bei Angiokavernomen und Teleangiektasien,
III. bei Lupus erythematodes,
IV. bei Lupus vulgaris und Tuberculosis verrucosa der Bergleute,
V. bei Epitheliomen jeder Art.“

„Die Wirkung ist, wie wir bereits eingangs erwähnten, auf überaus große Temperaturerniedrigung zurückzuführen. Wir sahen daher oftmals, besonders wenn wir den Schnee längere Zeit (ca. 60 Sek.) und bei stärkerem Druck angewandt hatten, Blasen von ziemlicher Dimension entstehen. Wir stachen dann die Blasen am folgenden Tage an und behandelten weiter mit Umschlägen von essigsaurer Tonerde und Vaselinum flavum, um die Schwellung zum Schwinden zu bringen. Größere Nachteile selbst bei stärkstem Ödem haben wir nie auftreten sehen. Wir erklären uns die Wirkung dieser neuen Methode so, daß wir annehmen, es werden die pathologischen Zellen, vor allem das Pigment, zur Resorption gebracht, denn gerade das Pigment läßt sich bei allen bisher behandelten Erkrankungen am schönsten durch die Kälte beeinflussen. Die Vorteile der Methode sind sehr leicht einzusehen. Einmal ist das Verfahren so einfach

und man bedarf so geringer Hilfsmittel, daß man es leicht in der Sprechstunde ohne Assistenz, anwenden kann. Dann ist es viel leichter, einen Patienten (besonders bei Kindern) zu einem unblutigen Eingriff zu veranlassen, als zu einem Eingriff, bei dem das Messer notwendig ist. Außerdem sind, abgesehen von einem anfangs auftretenden Brennen, keine Schmerzen mit der Prozedur verbunden." Grätzer.

A. Groth, Mutterbrust und Karzinom. (Ebenda.) Durch das Entgegenkommen einer großen Reihe der bayrischen Amtsärzte war G. in der Lage, auf Grund von genauen Erhebungen über die Häufigkeit des Stillens in Bayern zu untersuchen, ob in denjenigen Gegenden, in welchen im allgemeinen dem Säugling die Mutterbrust gereicht wird, die Erkrankungen der Brustdrüse und der weiblichen Sexualorgane an Karzinom wesentlich seltener sind als in solchen, in denen die Frauen ihre Kinder künstlich ernähren.

Es ergab sich nun in ganz eindeutiger Weise, daß durchaus in Übereinstimmung mit dem Steigen der durchschnittlichen Stilldauer ein Fallen der Todesziffern an Karzinom resultiert, und zwar sowohl bei den Karzinomen der Brust wie der sexuellen Organe.

Man kann also sagen, daß die Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust der Mutter selbst einen weitgehenden Schutz vor diesen Erkrankungen gewährt. Grätzer.

O. Grüner, Über die Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit Tuberkulöser während der Masern. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 33.) Aus den Untersuchungen kann geschlossen werden, daß die Tuberkulinempfindlichkeit Tuberkulöser während des Masernexanthems sehr stark, annähernd 1000fach herabgesetzt ist, und daß sich die volle Tuberkulinempfindlichkeit nicht allmählich, sondern in raschem Anstieg um den 8. Tag nach Ausbruch des Exanthems wiederherstellt. Im Serum von zwei Masernkranken, die sich nachträglich als tuberkulös erwiesen, war kein Antituberkulin nachweisbar. Es wäre verfrüht, aus den zwei Versuchen mit dem Serum Masernkranker schon bindende Schlüsse zu ziehen; sie berechtigen aber im Einklang mit den klinischen Erfahrungen zur Annahme, daß die Abschwächung, bzw. Aufhebung der lokalen Tuberkulinreaktionen während des Masernexanthems nicht auf die Anwesenheit eines Antituberkulins im Serum zurückzuführen ist; sie ist vielmehr als Ausdruck der Reaktionsunfähigkeit, d. h. der Wehrlosigkeit des Masernkranken gegen das Gift das Tuberkelbazillus aufzufassen.

Damit ist allerdings die Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit noch nicht erklärt, und es wird Sache weiterer Versuche sein, Licht in diese Frage zu bringen. v. Pirquet erklärt das Ausbleiben der Kutanreaktion während der Masern mit der Absorption der „Ergine", jener Körper, welche die klinische Reaktion zwischen Zelle und Tuberkulin vermitteln. Auf eine andere Erklärung hat G. sein Chef Escherich aufmerksam gemacht: die Kutanreaktion fällt gerade bei den Kindern am stärksten aus, deren Haut einen normalen oder gesteigerten Turgor besitzt; so

auch bei genesenden tuberkulösen Kindern, deren Hautdecke zu therapeutischen Zwecken lange Zeit einer starken Insolation ausgesetzt war. Es ist anzunehmen, daß zum Zustandekommen einer lokalen Reaktion das Körpergewebe, hier die Haut, die Reaktion zwischen dem Tuberkulin und den im Blute Tuberkulöser vorhandenen Reaktionskörper vermittelt. Ist aber dieses Gewebe erkrankt, wie es während des Masernexanthems sicher der Fall ist, so vermag es die Reaktion nicht zu vermitteln, obwohl Reaktionskörper im Blute kreisen; denn es ist nicht wahrscheinlich, daß ein so akuter Prozeß wie die Masern das Serum Tuberkulöser so eingreifend verändert, die Reaktionskörper (die vom „Antituberkulin“ wohl zu unterscheiden sind) zum Verschwinden bringt und danach wieder so rasch sich neubilden läßt. Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, einer Lösung dieser verwickelten Fragen näher zu kommen. Grätzer.

Spiro. Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen. (Aus der Univers.-Augenklinik in Rostock.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 34.) Die Bleno-Lenicetsalbenbehandlung, die empfohlen worden ist, gewährt nach Sp. keine Vorteile, weshalb man am besten tut, der Protargol-Argentum-Methode treu zu bleiben. Das in der Rostocker Klinik geübte Verfahren skizziert Sp. wie folgt:

„Zu Beginn der Erkrankung wird ein- bis zweimal täglich 10proz. Protargollösung in den Bindehautsack eingeträufelt; dabei werden die Lider wiederholt auseinandergezogen, um alles Sekret aus dem Bindehautsack zu entfernen, weiter mehrmals horizontal gegeneinander verschoben, so daß die Lösung in alle Buchten des Bindehautsackes befördert wird. Jede besondere Ausspülung wird dadurch entbehrlich gemacht. Daneben wird zweistündlich das durch Auseinanderziehen der Lider vortretende Sekret äußerlich abgewischt und es werden eisgekühlte Kompressen äußerlich aufgelegt. Hat die Gerinnbarkeit des Sekretes aufgehört und ist nach 10—12 Tagen keine Abschwellung eingetreten, so wird die Bindehaut täglich einmal mit 2proz., nach Abnahme des Reizzustandes mit 1proz. Argentumlösung gepinselt. Die zweistündlichen Kühlungen usw. werden daneben fortgesetzt. Nur bei sehr starker Schwellung der Schleimhaut wird der mitigierte Stift angewandt. In die Klinik aufgenommen werden nur die auswärtigen Kranken, ausnahmsweise solche Kinder aus der Stadt, bei denen die häuslichen Verhältnisse auch die geringe Fürsorge, welche das Verfahren von den Angehörigen fordert, nicht erwarten lassen. Alle übrigen Kinder bleiben grundsätzlich in ihrer Familie und werden nur täglich zur Poliklinik vorgestellt. Der Hauptvorzug des Verfahrens ist, daß die eigentliche Behandlung ausschließlich in den Händen des Arztes liegt und nur ein-, höchstens zweimal täglich vorgenommen zu werden braucht. Die Tätigkeit der Angehörigen beschränkt sich darauf, die Lider auseinander zu ziehen, das Sekret äußerlich abzuwischen und Kompressen aufzulegen; Verletzungen der Hornhaut sind dabei so gut wie ausgeschlossen. Im Gegensatz hierzu ist das Einstreichen der Bleno-Lenicetsalbe mittels Glasstabes in den unteren Bindehautsack, wenn es, wie bei zweistündlicher Ausführung außerhalb klinischer Behandlung stets er-

forderlich, Laien überlassen werden muß, keineswegs einfach und unbedenklich."

Grätzer.

E. Plate (Hamburg), 4 Fälle von kongenitaler Wortblindheit in einer Familie. (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 35). P. schreibt über die Fälle:

Es handelt sich um ein 15 jähriges Mädchen. Der Vater des Kindes leidet an Gicht und Schlaflosigkeit und ist infolge vieler geistiger Arbeit etwas nervös. Über seine Familienanamnese werde ich später zu berichten haben. Die Mutter leidet an Migräne und Asthma. Sie stammt aus einer Familie, in der Gicht, Diabetes, Tuberkulose verschiedentlich vorgekommen sind. Von den Geschwistern unserer Patientin leiden zwei an typischem Asthma nervosum.

Unsere Kranke ist körperlich im allgemeinen sehr gesund gewesen. Sie macht geistig einen lebhaften, über das Gewöhnliche intelligenten Eindruck. Außer den Kinderkrankheiten hat sie schwere Krankheiten nicht durchgemacht. Vor einigen Jahren litt sie an einer Neuralgie im Plex. brach. In letzter Zeit hat sie viel an Kopfschmerzen gelitten, die mit den Augen in Zusammenhang zu stehen schienen.

Das sehr kräftige Mädchen hat völlig normale Organe. Speziell erwies sich auch das Nervensystem bei genauester Untersuchung völlig normal.

Besonders erwähnen möchte ich, daß auch alle hysterischen Stigmata gänzlich fehlen.

Eine wegen der Kopfschmerzen von augenärztlicher Seite vor 2 Jahren vorgenommene Untersuchung ergab: Konjunktivitis mit Brennen in den Augen und Empfindlichkeit gegen helles Licht. Sehschärfe $^4/_{15}$—$^4/_{10}$, beiderseits. Durch eine korrigierende Brille wurden die Kopfschmerzen seltener.

Oktober 1908 Klagen über Doppelbilder. Als Ursache fand sich Parese beider Recti superiores.

Die Eltern erzählen, daß die Kranke in den ersten Schuljahren die allergrößten Schwierigkeiten hatte, Lesen und Schreiben zu lernen, während sie sonst eine der besten Schülerinnen ihrer Klasse immer gewesen sei.

Obgleich sie, von den Eltern mit großer Energie unterstützt, sich ganz unendliche Mühe gegeben hat, ihren Fehler zu überwinden, indem sie unermüdlich Lese- und Schreibübungen vornahm, macht sie heute noch immer in jedem Schriftstück (Diktat oder Aufsatz) eine große Reihe von Schreibfehlern. Buchstaben und Zahlen hat sie immer ohne Schwierigkeiten gelesen. In einem einzigen Briefe, der mir vorliegt, macht sie folgende Fehler: Wist Ihr? — dauernt — heiden Angst — ofen gestanden — ich viel — darinn — Ich mach nicht (mag nicht) — ferzeihen — Verkel — ferein — knickent — Seite (Saite) — Veste (Weste). Das ist aber ein großer Fortschritt gegen früher. Noch vor nicht langer Zeit machte sie über 70 orthographische Fehler in einem sonst tadellosen französischen Extemporale.

Das Klavierspielen mußte sie aufgeben, weil sie die zwei Notenreihen nicht zu übersehen vermochte. Jetzt macht sie, ohne Schwierigkeit beim Lesen der Noten zu haben, gute Fortschritte im Violinspielen.

Beim Vorlesen stößt sie dauernd an, liest besonders ohne jede Betonung, da sie sich nicht einen schnellen Überblick über einen ganzen Satz zu verschaffen vermag. Sollte sie in der Schule vorlesen, so hat sie vorher möglichst zu Hause öfter die Stellen durchgelesen, weil ihr selbst ihr Fehler sehr peinlich war.

Nun erzählen die Eltern, die Mutter des Vaters, die als Tochter eines Universitätsprofessors eine vorzügliche Schulbildung genossen hatte, habe von Jugend auf an demselben Fehler gelitten. Als sie sich verlobte, mußte sie auf Wunsch des Vaters noch einmal Unterricht im Schreiben nehmen. Sie hat aber, obgleich sie eine hochgebildete Frau war, den Fehler nie überwunden. In einem in hohem Alter geschriebenen Briefe macht sie folgende Fehler: beeinflusen — unütz — er wird beeinflust — weise (Weise) — schreklich — Er kan (kann) Boßheit — gewis — glüklich.

Ihr Bruder litt an demselben Fehler. Er war Offizier und Lehrer an einer Kadettenanstalt. Er hat verschiedene größere militärwissenschaftliche Werke geschrieben, mußte sich aber stets die beim Niederschreiben gemachten orthographischen Fehler von einer Schwester, die den Fehler nicht hatte, korrigieren lassen.

In geringerem Maße leidet ein Bruder des Vaters unserer Patientin an dem gleichen Fehler. Er hat verschiedene wissenschaftliche Werke geschrieben, muß aber immer die Manuskripte durch einen Verwandten auf orthographische Fehler durchsehen lassen.

Wir sehen also hier bei vier Mitgliedern einer Familie in drei Generationen, die im übrigen auf geistigem Gebiete besonders begabt sind, das ausgesprochene Krankheitsbild der kongenitalen Wortblindheit.

Das Beispiel meiner Patientin zeigt uns außerdem, daß es mit großer Energie gelingt, das Leiden wesentlich zu bessern.

Trotzdem ist eine Erklärung des erblichen Vorkommens in mehreren Generationen nur möglich mit der Annahme eines kongenitalen ererbten Defektes im Gyrus ang. Grätzer.

A. Seibert (New York), Kampfer und Pneumokokken. (Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 36.) S. empfiehlt warm die Kampferbehandlung der Pneumonie, und zwar subkutane Einspritzungen von großen Dosen Kampferöl, 2mal täglich wiederholt, vom Anfang bis zum Ende der Erkrankung. Die Dosis betrug bei Erwachsenen immer 12 ccm Kampferöl; bei einem 4jährigen Kinde wurden immer 6 ccm (= 1,08 g reiner Kampfer) eingespritzt. Im ganzen wurden so 21 Fälle behandelt, die sämtlich genasen. In keinem trat eine Krisis ein, statt dessen eine langsame, aber stetige Besserung der Symptome von der 1. Injektion ab, welche Besserung stets solche Fortschritte machte, daß die Krankheitsdauer wesentlich verkürzt wurde. Man beginne möglichst früh mit den Injektionen, wiederhole sie alle 12 Stunden, bis Temperatur, Puls und Atmung normal sind, und dann 1mal alle 24 Stunden, bis die Lunge frei ist. Außerdem ist bei Tag und Nacht für frische Luft zu sorgen. Grätzer.

W. Altvater, Über klinische Versuche und Erfahrungen mit Bromglidine. (Aus der psychiatrischen Univers.-Klinik u. Poliklinik Rostock.) (Ebenda.) Bei leichteren Fällen von Epilepsie leistete Bromglidine recht gute Dienste; die Häufigkeit der Anfälle wurde entschieden beeinflußt.

A. empfiehlt, die Tabletten in Milch zu geben, da so der Geschmack gut verdeckt wird. Grätzer.

P. Bendig, Über eine Gonorrhöeendemie bei Schulkindern in einem Solbad. (Aus dem Katharinenhospital in Stuttgart.) (Ebenda.) 40 Schulkinder, Mädchen von 7—13 Jahren, wurden in ein Solbad zur Erholung geschickt; 15 kamen mit Gonorrhöe behaftet zurück. Die Ansteckung war von einem 8jährigen Mädchen aus erfolgt, indem gemeinsames Badewasser, dasselbe Badetuch usw. benutzt wurden.

Genaue Untersuchung aller Kinder, die derartigen Bädern überwiesen werden, ist unbedingt erforderlich. Grätzer.

Braun, Otitis media als Frühsymptom und Teilerscheinung von Allgmeininfektion. (Zeitsch. f. Ohrenh. Bd. 59. Heft 1.) Die bisher sogenannte „sekundäre" Otitis media faßte alle Mittelohrentzündungen zusammen, die während oder nach Allgemeinerkrankungen auftraten. Man muß jedoch zwei Gruppen der Otitis unter-

scheiden, erstens eine „protopathische“ Otitis media, die als eine Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung so frühzeitig in den Vordergrund treten kann, daß sie als Prodromalerscheinung auf das Bestehen einer Allgemeininfektion hinweist, und zweitens eine deuteropathische, die auf dem Boden, der durch die Allgemeinerkrankung vorbereitet ist, durch gewöhnliche Entzündungserreger entsteht. Bei drei Masernotitiden sah Verf. die entzündlichen Veränderungen am Ohre gleichzeitig mit den übrigen Frühsymptomen auftreten, in einem Falle sogar einen Tag vor dem Exanthemausbruch. Beim Scharlach liegen die Verhältnisse ähnlich. In einem Falle, den Verf. beschreibt, trat 6 Tage nach Scharlachbeginn starke Rötung des rechten Trommelfelles auf. Die Parazentese ergab schleimigeitriges, kulturell-steriles Sekret. Die Otitis scheint auch hier durch Infektion mit dem spezifischen Scharlachgift hervorgerufen zu sein.

Bei einem Falle von akutem Gelenkrheumatismus trat Injektion des rechten Trommelfelles und Exsudatbildung auf, gleichzeitig mit dem Abklingen der Polyarthritis ging auch der Ohrbefund zurück.

8 Fälle veranschaulichen die Wechselbeziehung zwischen Otitis und Pneumonie. Gemeinsam war allen Fällen, daß die Otitis zuerst ganz im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand, während der geringe objektive Befund am Ohre dazu keine Erklärung bot. Diese zeigte sich erst durch den positiven Lungenbefund. In 3 Fällen konnte dieser erst mehrere Tage bis zu einer Woche nach der Aufnahme festgestellt werden.

Verf. glaubte sich zu der Annahme berechtigt, daß die akute Mittelohrentzündung unter Umständen die einzige lokale Manifestation einer Allgemeinerkrankung bleiben kann. A. Sonntag (Berlin.)

W. Bergemann, Über die Entwicklung der Tuberositas tibiae und ihre typische Erkrankung in der Adoleszenz. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2. S. 477.) B. berichtet über 3 Fälle von sogenannter Schlatterscher Krankheit aus der Lexerschen Klinik. Alle 3 Knaben litten an einer druckempfindlichen Anschwellung im Bereiche der Tuberositas tibiae. Die Gebrauchsfähigkeit des Knies wurde dadurch nur in mäßigem Grade eingeschränkt, insofern als sich erhebliche Schmerzen an der erkrankten Stelle nur nach Anstrengungen, längerem Gehen und Laufen und beim Knien einstellten. Die Knaben standen im Alter von 13 und 14 Jahren, die beiden 13jährigen waren für ihr Alter nur wenig kräftig entwickelt. Während dem einen jede traumatische Veranlassung seiner Beschwerden unbekannt war, gaben die beiden anderen an, daß sie auf die erkrankte Stelle gefallen seien, jedoch hatte erst das viel später erfolgende Einsetzen der anhaltenden Schmerzhaftigkeit an der Tuberositas tibiae sie zu der Kombination geführt, daß die in ihrer Erinnerung noch haftende frühere Verletzung die Ursache ihrer Beschwerden sein müsse.

Bei der Röntgenuntersuchung ergaben sich Bilder des ossifizierten Teils der Tuberositas tibiae, die von denen der beschwerdefreien Seite erheblich abwichen. Die Trennung des vollständig ausgebildeten Rüssels in dem ersten Fall in drei Teile, das Vorhandensein eines kolbig

verdickten, von der Diaphyse stärker abgehobenen isolierten Knochenschattens in der Mitte berechtigte nicht zu der Annahme einer Fraktur. Der Vergleich mit der anderen Seite zeigt hier deutlich, daß auf der affizierten linken Seite die Knochenbildung der Tuberositas nur sehr viel weiter vorgeschritten ist wie rechts; bei den wiederholten Aufnahmen kann man leicht die Etappen der Rüsselbildung erkennen, die sich hier eben aus einem kurzen Epiphysenfortsatz und zwei isolierten Knochenkernen zusammensetzt. Im zweiten Fall fällt die Unregelmäßigkeit der Form des Knochenschattens an der Tuberositas auf. Der typische Rüssel ist kaum erkennbar, erscheint wie eingedrückt, vor ihm liegt ein isolierter, bandartig gewundener Knochenschatten, dem sich 3 Monate später ein neuer isolierter Knochenkern zugesellt; auf der gesunden Seite findet sich dagegen ein ziemlich regelmäßiges typisches Bild des Knochenfortsatzes, dessen Flächenausdehnung aber der unregelmäßigen Figur auf der anderen Seite vollkommen gleicht. Im dritten Fall erscheint schließlich die Mitte des sonst gut ausgebildeten Rüssels wie zernagt, indem sich an der Stelle der auf der anderen Seite gut ausgeprägten Kontinuität 2—3 kleine unregelmäßig geformte Knochenschatten finden, die von lichtdurchlässigem Gewebe, hier also Knorpel, umgeben sind. Der Ossifikationsprozeß steht hier hinter dem der andern Seite zurück.

B. glaubt, daß für diese Fälle, sowie für diejenigen von Jacobsthal und einen großen Teil der Schlatterschen eine Fraktur ausgeschlossen werden muß.

Als einzige therapeutische Maßregel wurde Schonung des erkrankten Beines, Befreiung vom Turnen u. dgl. empfohlen; dabei sind die Beschwerden ganz oder nahezu verschwunden. Joachimsthal.

Max Haudeck (Wien), Fortschritte in der Skoliosenbehandlung. (Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis. 1. Jahrg. 7. Heft. Juli 1909.) Wie auf ihren anderen Arbeitsgebieten hat die moderne Orthopädie auch auf dem der Skoliosenbehandlung erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen. Auch jetzt noch ist die frühzeitige Diagnose und sofort einsetzende Behandlung äußerst wichtig, und dies um so mehr, als mit dem Fortschreiten der skoliotischen Veränderungen die Schwierigkeiten der Behandlung für den Kranken wie für den Arzt in unverhältnismäßiger Weise wachsen. Die uns zur Verfügung stehenden Hilfsmittel lassen sich in vier Gruppen einteilen, die unter Umständen miteinander kombiniert werden können.

1. Die Allgemeinbehandlung des Kranken: neben der Kräftigung und Stärkung des ganzen Organismus ist vor allem eine möglichste Einschränkung des Sitzens im Haus und in der Schule zu erstreben.

2. Von den funktionellen Methoden, welche eine Kräftigung der Rückenmuskulatur beabsichtigen, bezwecken die von Klapp eingeführten Kriechübungen, denen in der Regel eine Heißluftapplikation von 20 Minuten Dauer vorausgeschickt wird, außerdem noch eine aktive Mobilisierung der Skoliose. Im Gegensatze zu diesen symmetrischen Übungen befürwortet Lange eine einseitige Stärkung der Rückenmuskeln auf der der Skoliose entgegengesetzten Seite, unter

Umständen unter Mitwirkung von Widerstandsapparaten. Die besonders von Lorenz und Hoffa angegebenen Selbstredressionsübungen wollen durch die eigene Muskelkraft des Kranken die skoliotische Verkrümmung korrigieren und umkrümmen.

3. Das passive Redressement wird entweder manuell vom Arzt selbst ausgeführt oder mit Hilfe von Apparaten (Wolm) oder unter Verwendung von Suspension und Druck, für sich allein oder kombiniert mit Lagerungsvorrichtungen, von denen das Gipsbett für die rachitische Skoliose kleiner Kinder besondere Bedeutung hat. Um eine möglichst vollkommene Streckung der Wirbelsäule und Ausgleich der Thoraxdeformität zu erreichen, befürworten Wullstein und Schanz das forzierte Redressement, welches in Etappen von 14 Tagen ausgeführt wird und an das sich die Anlegung eines exakt sitzenden Gipsverbandes anschließt.

4. Das dem Körper sich anschmiegende und nach Hessings Prinzipien konstruierte Korsett ist in schweren Fällen unentbehrlich; es findet aber auch bei leichteren Fällen zweckmäßig Verwendung bei ambulanter Behandlung, namentlich bei Fortsetzung des Schulbesuchs, sowie wenn trotz der Behandlung die Besserung keine Fortschritte machen will. Doch ist dann einmal am Tage Massage der Rückenmuskeln unbedingt erforderlich.

So dürfen wir bei der Therapie der Skoliose nicht in einer Methode das Heil erblicken; wir müssen individualisieren und kombinieren. Hauptsache ist und bleibt, daß die einmal als solche erkannte Rückgratverkrümmung sobald als möglich einer entsprechenden Behandlung zugeführt wird. H. Bauer (Emmendingen).

Tamaki Toyofuku (Tokio), Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von chronischer Tetanie im ersten Kindesalter. (Aus der Kinderklinik [Hofrat Escherich] und dem neurolog. Institut [Hofrat Obersteiner] der Wiener Univers.) (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1909. Bd. 30. Heft 1.) Es handelte sich um einen besonders schweren Fall von Kindertetanie, die schon 3 Monate nach der Geburt einsetzte, über ein Jahr lang währte und zum Exitus führte. Die Obduktion erstreckte sich erstens auf die Untersuchungen der Epithelkörperchen, wo in den beiden oberen sich Residuen alter Blutungen fanden, ferner aber auf einzelne Teile des gesamten Nervensystems und hatte hier folgende histologische Ergebnisse: 1. eine deutliche Vermehrung der Elsholzschen Körperchen in den peripheren Nerven; 2. eine Vermehrung der Endothelkerne in den Intervertebralganglien und eine Veränderung der kleinen Zellen in denselben im Sinne der aronalen Regeneration; 3. die von Zappert beschriebenen Veränderungen an den vorderen Wurzeln, die sich in gleicher Weise an den hinteren Wurzeln finden; und insbesondere 4. Neigung zur Zellkoloniebildung in der Hirnrinde besonders in den tiefen Schichten der Pyramidenzellen. All diese Veränderungen faßt T. als Entwicklungshemmungen im Nervensystem auf und unter Zugrundelegung der Escherichschen Epithelkörperchentheorie faßt er den Mechanismus des beschriebenen Falles folgendermaßen auf: 1. Chronische, in der allerersten Lebenszeit aufgetretene

Epithelkörperchenschädigung; 2. als Folge dieser (Toxine?) — universelle Entwicklungshemmung — also auch eine im Nervensystem, 3. als Folge dieser Ausbreitung der tetanischen Symptome bis zu Hirnrindenerscheinungen. Arthur Stern (Charlottenburg).

Lenkei, Die Wirkung der Luftbäder auf die Zahl der Blutkörper, auf den Hämoglobingehalt und auf die Viskosität des Blutes. (Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 13. Heft 7.) Nach den Untersuchungen des Verf.s nahm die Zahl der roten Blutkörper bis zum Ende der $^1/_2$—1 stündlichen lauen Luftbäder in allen Fällen zu, bis zum Ende der kühlen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, nahm aber in der einen Hälfte der Fälle schon $^1/_2$ Stunde nach Beendigung des Luftbades wieder ab, in der anderen Hälfte um ein geringes weiter zu. Die Zunahme der roten Blutkörper erfolgte besonders da, wo ihre Zahl ursprünglich unternormal war und wo die Temperatur der Körperoberfläche im Luftbad nur sehr wenig abnahm. Der Hämoglobingehalt des Blutes blieb nach 25—35 Luftbädern dauernd um 13—20 % erhöht. Die Zahl der weißen Blutkörper nahm sowohl in lauen wie kühlen Luftbädern in der Mehrzahl der Fälle zu. Die Viskosität des Blutes verhielt sich wechselnd; bald erfolgte eine Zu-, bald eine Abnahme, stets aber nur in geringen Grenzen. Aus diesen Tatsachen kann man den Schluß ableiten, daß Luftbäder bei Anämie und Chlorose deswegen günstig wirken, weil sie eine Zunahme der roten Blutkörper und des Hämoglobingehaltes verursachen. Sie sind weiter geeignet in Fällen von Erkrankungen der Zirkulationsorgane, wo sie eine Übung und Regelung der zirkulatorischen Funktionen ermöglichen können.

Freyhan (Berlin).

Roman v. Leszczyńnski, Über eine Lichen scrophulosorum-Eruption nach Tuberkulinimpfung. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1909. Bd. 97. Heft 2 u. 3.) Der 15jährige, früher gesunde Patient zeigte typische Lupus vulgaris-Herde am Nasenflügel und am Oberschenkel und daneben gruppenartig angeordnete, rötlich-braune, leicht schuppende Lichen scrophulosorum-Knötchen am Rumpfe. Nach Tuberkulinimpfungen in der Nähe der Lupusherde entwickelte sich zwar nicht im Gesicht, hingegen am linken Hypochondrium auf früher gesunder Haut um die Impfpapel herum ein Ring von Lichen scrophulosorum-Knötchen. Verf. sieht in dieser Erscheinung einen neuen Beweis der tuberkulösen Natur des Lichen scrophulosorum. Lokale und allgemeine Veranlagung sprechen natürlich bei dessen Entwicklung mit. Denn die Lichenknötchen erschienen nur auf dem Rumpfe, der Prädilektionsstelle dieser Affektion, und weder in dem gleichfalls geimpften Gesicht noch auf einer später geimpften Rumpfstelle, welche symmetrisch der erkrankten Hautpartie auf der rechten Seite lag und auf die Impfung positiv reagierte.

Max Joseph (Berlin).

Wintersteiner (Wien), Varizellen und Auge. (Zentralbl. f. Augenheilk. Juni 1909.) W. demonstrierte in der Wiener Ophthalmologischen Gesellschaft ein Kind, bei dem während einer Erkrankung an Varizellen eine Gangrän der Lider aufgetreten war. Solche Lid-

gangrän wurde bei Scharlach und Masern wiederholt beobachtet; bei Varizellen ist bislang noch kein Fall bekannt geworden. Bakteriologisch fanden sich Streptokokken vor.

Die Prognose dieser Fälle ist gewöhnlich eine schlechte. Kommen die kleinen Patienten mit dem Leben davon, so wird man später durch eine plastische Operation — wobei die Haut nicht vom Kinde selbst genommen werden soll — den Defekt decken. Sommer (Zittau).

Müller, Beitrag zur Kenntnis der postdiphtherischen Augenerkrankungen. (Aus der Univers.-Augenklinik Halle a. S.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft 1909.) Dem klinischen Bilde der postdiphtherischen Akkommodationslähmung ist seit Donders 1861 nichts Wesentliches mehr hinzugefügt worden.

Verf. berichtet in vorliegender Arbeit über eine größere Zahl zum Teil längere Zeit und gut beobachteter Fälle, bei denen die bisherigen Beobachtungen und Anschauungen teils bestätigt, teils berichtigt werden.

Was die Therapie anlangt, so wird nichts Neues hinzugefügt. Glücklicherweise heilen alle postdiphtherischen Akkommodationslähmungen ohne jede Behandlung, die nur eine symptomatische, subjektiv lindernde sein kann; ihre Dauer vermögen weder Eserin noch Brillen noch Roborantien zu beeinflussen. Sommer (Zittau).

F. Ahlfeld (Marburg i. H.), Schwimmende Lungen ohne Luftgehalt. (Zeitschrift f. Gynäkologie. Bd. 61. Heft 3.) Kurze Mitteilung von 2 Fällen mit Fettaspiration in der kindlichen Lunge. Wenn bei der intrauterinen Atmung eines Neugeborenen in die Lungenalveolen Hauttalg gesogen wird, kann, weil dieser spezifisch leichter als Wasser ist, bei der sogenannten Schwimmprobe das Schwimmen mehr oder minder großer Lungenabschnitte verursacht, und so die Anwesenheit von Luft in atelektatischen Lungen vorgetäuscht werden. Der Irrtum kann leicht dadurch vermieden werden, daß die Inzision der fraglichen Stellen unter Wasser Auskunft über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Luft gibt, während die mikroskopische Untersuchung die Anwesenheit von Fett in den Alveolen mit voller Sicherheit nachweist. Wegscheider.

T. Rossi Doria (Rom), Über das Alter der ersten Menstruation in Italien, und über ein Verhältnis, welches zwischen demselben und der Entwicklung des Beckens besteht. (Archiv f. Gynäkologie Bd. 86. Heft 3.) Nach statistischer Berechnung aus 36000 Fällen ist das mittlere Alter für den Eintritt der ersten Menstruation bei den Italienerinnen 14 Jahre und 3 Monate. Bei 3000 Fällen, in denen die erste Menstruation sehr früh oder spät eintrat, war die Zahl und der Grad der Beckenmißbildungen größer als bei den in normaler Zeit menstruierten Fällen. Wahrscheinlich hängt dies Verhältnis von dem Einfluß ab, den die Ovarien auf die Entwicklung des Skeletts und die Ernährung der Knochen, insbesondere der Beckenknochen ausüben; besonders im Pubertätsalter und kurz vor dieser Zeit (Präpubertät) macht sich dieser Einfluß geltend. Deshalb glaubt Verf., daß man mit Hilfe orthopädischer und hygienischer

Behandlung prophylaktisch sowohl die Zahl der allgemein verengten Becken als auch den Grad der Anomalie bei bereits durch infantile Rachitis mißgestalteten Becken werde vermindern können.

Wegscheider.

Vollmer (Simmern), Tod eines Schulkindes durch Alkoholvergiftung. (Zeitschrift f. Medizinalbeamte. Nr. 20.) Der Fall ist eine Parallele zu einem kürzlich aus England mitgeteilten, ebenfalls tödlich verlaufenen Fall von Whiskyvergiftung eines 5 jährigen Kindes. Dasselbe hatte sich krank gefühlt; seine Mutter hatte für 50 Pf. Whisky gekauft und ihm davon zwei Teelöffel voll gegeben. Den Rest hatte sie neben dem Bette des Kindes, in erreichbarer Nähe, stehen lassen. Am Morgen war der Whisky verschwunden und das Kind lag bewußtlos im Bett. Das Kind starb 24 Stunden später, ohne wieder zum Bewußtsein gekommen zu sein, trotz ärztlicher Behandlung. Das Gutachten kam zu dem Schluß, daß der Tod durch akute Alkoholvergiftung herbeigeführt und das genossene Quantum Whisky eine für ein 5 jähriges Kind tödliche Dosis war.

Der von V. mitgeteilte Fall ist kurz folgender: Der $6^1/_2$ jährige Knabe fühlte sich unwohl. Da der Zustand sich nicht bessern wollte, gab ihm die Mutter morgens 8 Uhr ein halbes Glas Kognak und ließ die halbvolle Literflasche neben dem Bette des Kindes stehen. Bei ihrer Rückkehr fand sie die Flasche nur noch $^1/_4$ voll, den Knaben im Bette sitzend. Er stotterte schon halbtrunken „ich will noch Kognak“ und legte sich dann zur Seite, um zu schlafen, ein Schlaf, aus dem er nicht mehr erwachte. Er starb trotz aller ärztlichen Bemühungen noch in der gleichen Nacht. H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. v. Reuss, Über den Antitrypsingehalt des Serums beim Säugling. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 34.) An 62 Säuglingen wurden die Untersuchungen angestellt. Verf. zählt die Ergebnisse auf und schließt:

„Wenn man die Vermehrung der Antitrypsinmenge des Serums im Sinne Kurt Meyers als Reaktion auf eine durch Stoffwechselgifte hervorgerufene Vermehrung proteolytischer Zellfermente auffaßt, so weist die Häufigkeit der positiven Befunde beim kranken Säugling darauf hin, welch verschiedene Agentien im Säuglingsalter die Rolle eines Stoffwechselgiftes übernehmen können. Wir finden (einfache und starke) Hemmung nicht nur bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten, sondern auch bei Ernährungsstörungen vom schwersten bis zum leichtesten Grad; ja selbst das klinisch als „gesund“ imponierende künstlich ernährte Kind zeigt oft positive Hemmungswerte. Die negativen Werte betreffen in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle natürlich ernährte Kinder. Die Antitrypsinmenge ist beim jungen Säugling, ehe er eine Schädigung erfahren hat, stets eine sehr geringe. Sie bleibt es ziemlich lange, wenn der Säugling die-

jenige Nahrung erhält, die für ihn die physiologische ist, nämlich Frauenmilch. Wird ein Kind künstlich ernährt, ehe jene Periode abgelaufen ist, die Hamburger als die der extrauterinen Abhängigkeit des Säuglings von der Mutter bezeichnet, so können entweder die Bestandteile der Kuhmilch selbst oder die durch eine geschädigte Darmwand hindurchtretenden (an sich normalen oder pathologischen) Bestandteile des Darminhaltes als Stoffwechselgifte wirken.

Sind die meist positiven Antitrypsinwerte beim kranken Säugling und die fast stets negativen beim Brustkind mehr von theoretischem Interesse, kommt der Antitrypsinbestimmung als feines Reagens für jenen Zustand, der an der Grenze zwischen Gesundheit und Ernährungsstörung steht, vielleicht auch eine praktische Bedeutung zu."

Grätzer.

G. Hohmann, Der heutige Stand der Sehnentransplantation. (Aus der kgl. orthopäd. Poliklinik in München.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 35.) Gegenüber Aberle zeigt H. in Wort und Bild, was wir durch die Sehnentransplantation erreichen können. Er schließt mit den Worten:

„Im Augenblicke ist die Fragestellung sicher nicht die: welches sind die Grenzen für die Transplantation, sondern: wie gelingt es, die Methoden der Operation noch weiter auszubilden, um durch Beseitigung zugestandener Mängel die Resultate so zu verbessern, daß für die Patienten ein noch größerer Nutzen als bisher schon herauskommt. Auf eine Ursache unserer Mißerfolge hat Lange in Paris auf dem französischen Kongreß für Chirurgie in seinem Vortrage über die Sehnenverpflanzung hingewiesen, indem er die Aufmerksamkeit auf die im Gefolge der Verpflanzungen auftretenden Verwachsungen lenkte und zu ihrer Verhütung eine besondere Technik angab. Er führt die zu verpflanzenden Muskeln nicht mehr unterhalb des Fettgewebes durch, sondern bohrt die Kanüle, in denen die Sehnen laufen sollen, direkt in das Unterhautfettgewebe hinein. Dadurch sind unsere Resultate in den letzten Jahren, was selbständige Beweglichkeit angeht, wesentlich besser geworden. Aberle, der diese Methode kennt, hat uns nicht berichtet, ob er sie angewandt, bzw. welche Erfahrungen er mit ihr gemacht hat. Daß wir in der Frage der Sehnenverpflanzung noch dazu lernen müssen, haben wir stets gern zugegeben, aber ein Anlaß, die Operation so wesentlich einzuschränken, wie Aberle vorschlägt, liegt unseres Erachtens nicht vor."

Grätzer.

W. Knoepfelmacher u. **H. Lehndorff,** Untersuchungen heredoluetischer Kinder mittels der Wassermannschen Reaktion. Das Gesetz von Profeta. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Wiener mediz. Wochenschrift. 1909. Nr. 38.) Zusammmenfassung der Resultate:

1. Heredoluetische Kinder haben zur Zeit des Exanthems und noch viele Monate nach Abheilung desselben fast regelmäßig positive Wassermannsche Reaktion.

2. Ältere heredoluetische Kinder haben noch häufiger als Erwachsene mit akquirierter Lues im Spätstadium positive W. R.

3. Beim heredoluetischen Kinde bleibt die W. R. auffallend oft trotz energischer Behandlung positiv.

4. Daß eine antiluetische Behandlung der Mutter während der Gravidität zur Geburt eines gesunden Kindes führen kann, wird durch den negativen Ausfall der W. R. an einem solchen Kinde bestätigt.

5. Syphilitische Frauen mit positiver W. R. können Kinder mit dauernd negativer W. R. gebären. Diese Kinder sind syphilisfrei, können dabei ganz gesund oder dystrophisch sein.

6. In zwei Fällen haben Frauen, welche vorher eine Reihe syphilitischer Kinder geboren haben, je ein Kind geboren, welches in den ersten Lebensjahren dauernd gesund blieb und doch positive W. R. hatte. Die beiden Kinder sind als latent syphilitisch anzusehen. Ihr Verhalten bezüglich der W. R. spricht dafür, daß das Gesetz von Profeta (Immunität der gesunden Kinder syphilitischer Mütter) auf latenter Syphilis der Kinder beruht.

Grätzer.

A. Schüller, Rachitis tarda und Tetanie. (Ebenda.) S. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Unter den nicht nervösen Symptomen der Allgemeinerkrankung „Tetanie“ spielen chronische Affektionen des Knochensystems eine wichtige, bisher nicht entsprechend — wenigstens soweit die Tetanie der Erwachsenen in Betracht kommt — gewürdigte Rolle. Ihr Vorhandensein liefert uns einen neuerlichen Beweis dafür, daß die Tetanie jener Krankheitsgruppe zugezählt werden muß, die wir gegenwärtig als „Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion“ bezeichnen; zu diesen Organen gehört, wie wir dies bereits früher auseinandergesetzt haben, auch das Knochen-(Mark-)Gewebe. Die der Tetanie eigentümliche Knochenaffektion ist die chronische Atrophie, meist unter dem Bilde der Rachitis tarda oder der Osteomalacie. Sie tritt klinisch entweder in grob auffälliger Weise in die Erscheinung (Zwergwuchs, Difformitäten, Spontanfrakturen, Anämie) oder läßt sich erst bei röntgenographischer Untersuchung nachweisen.

2. Die als Rachitis tarda den Orthopäden wohlbekannte Knochenaffektion des Pubertätsalters zeigt, ähnlich wie die Rachitis des Kindesalters, auffallend häufig die Eigentümlichkeit, sich mit den nervösen Symptomen der Tetanie zu kombinieren. Da letztere gegenwärtig fast allgemein als der Ausdruck einer Affektion der Epithelkörper betrachtet wird, so gewinnt die Vermutung, daß die rachitischen Knochenveränderungen eine Folge- oder Begleiterscheinung der Epithelkörperaffektion sind, an Wahrscheinlichkeit.

3. Es ist zu hoffen, daß die Konstatierung der häufigen Kombination von Tetanie und Knochenveränderungen auch in therapeutischer Beziehung wird verwertet werden können, indem die bei Knochenaffektionen sich bewährenden Medikamente (Phosphor, Eisen) einerseits, die bei Erkrankungen von Drüsen mit innerer Sekretion in Betracht kommenden Organpräparate (Schilddrüse, Eierstock, Epithelkörper, Knochenmark u. a.) andererseits bei Tetanie und bei Rachitis tarda in Anwendung gebracht werden.

Grätzer.

J. K. Friedjung, Zur Kenntnis der Poliomyelitis anter. acuta. (Aus dem 1. öffentl. Kinderkrankeninstitut in Wien.) (Ebenda.) Fr. schildert einen Fall, zu dem er folgende epikritische Bemerkungen hinzufügt:

„Wir haben also, um es kurz zusammenzufassen, einen $2^1/_2$jährigen Knaben vor uns, der im Gefolge einer mehrtägigen fieberhaften Erkrankung seit acht Monaten eine zur Atrophie führende schlaffe Lähmung des linken Oberarmes zeigt, zu der sich etwa vier Monate später eine Parese beider Beine gesellte, die, am rechten Beine noch jetzt nachweisbar, zu einer Pseudohypertrophie beider Waden geführt hat. Haben wir es hier mit einer Kombination zweier Nervenkrankheiten, einer akuten Poliomyelitis und einer Dystrophia muscularis zu tun, oder lassen sich der Verlauf und das gegenwärtige Krankheitsbild unter einer einheitlichen Diagnose begreifen? Die genaue Erwägung der Umstände gestattet in der Tat eine solche einheitliche Deutung. Gegen die Annahme der Dystrophia muscularis sprechen folgende Gründe: 1. Das Fehlen der Heredität oder Familiarität. 2. Das jugendliche Alter (wenig über zwei Jahre beim Beginn der Paraparese) ohne Beteiligung der Gesichtsmuskeln (infantile Form). 3. Völlige Intaktheit der Rumpfmuskulatur, namentlich der langen Rückenstrecker, die bei der pseudohypertrophischen Form der Muskeldystrophie meist schon am Beginn erkrankt zu sein pflegen. 4. Das Fehlen der Sehnenreflexe des rechten Beines, die Veränderung der elektrischen Erregbarkeit des Triceps surae d. und die Asymmetrie dieser Erscheinungen. 5. Wenn wir der Anamnese glauben dürfen, das plötzliche Einsetzen der Parese und die Tendenz zur Besserung. Andererseits erhebt sich aber die Frage, ob die Poliomyelitis anter. acuta einen so ungewöhnlichen Verlauf und Ausgang nehmen kann. Das Atypische des Krankheitsfalles besteht vor allem in dem Nachschube, der nach einem Intervall von vier Monaten zu der Lähmung des linken Oberarmes eine Paraparese gefügt haben soll. Indes ist ein solcher Verlauf in Etappen mehrfach in der Literatur erwähnt, zuerst von Auerbach, dessen zweiter Fall im Juni unter Fieber eine Lähmung des linken Armes und Beines erleidet, zu der sich im August darauf, wieder unter Fieber, die gleiche Erkrankung des rechten Beines gesellt. Also ein Intervall von zwei Monaten. Dann beschreibt Lövegren unter Nr. 3 einen Fall, in dem zuerst zwei Wochen nach Beginn der Erkrankung die Lähmung des linken Beines, dann etwa zwei Wochen später die des rechten Oberschenkels auftritt, und zitiert dabei Gowers, dem unter 116 Beobachtungen eine der gleichen Art begegnete. Neurath teilt mit, er habe einzelne solche Fälle wiederholt gesehen, und beschreibt ausführlicher eine Beobachtung mit Autopsie und histologischem Befunde: Ein fünfjähriger Knabe erleidet drei Attacken, die erste anfangs August, die zweite Ende August, die dritte, rasch zum Tode führende am 3. Oktober. Hier liegt also ein Intervall von einem und von zwei Monaten vor; doch ist der Fall darum mit Vorsicht zu verwerten, weil wohl die Diagnose der dritten Attacke autoptisch gesichert ist, die ersten zwei Anfälle aber bloß aus der Anamnese als analog zu erschließen sind. Sie endeten jedesmal mit der

Restitutio ad integrum. Endlich zitiert noch Sinkler im Anschlusse an einen Vortrag Allen Starrs eine Beobachtung derselben Art: Er beobachtete bei demselben Patienten zuerst eine leichte Lähmung des rechten Beines, die sich zurückbildete, drei Wochen später eine schwere Lähmung des linken Beines. So hätten wir also fünf Fälle in der Literatur verzeichnet, die den intermittierenden Verlauf der Poliomyelitis anter. acuta in zwei, ja drei Anfällen bezeugen, zwischen denen ein freies Intervall von zwei Wochen bis zwei Monaten liegt. Ich darf also zu diesen Beobachtungen meine wohl als sechste fügen, bei der das Intervall vier Monate betragen haben dürfte, wobei ich hervorheben möchte, daß bei der zweiten Attacke von den Angehörigen kein Fieber oder sonstige krankhafte Erscheinungen beobachtet wurden.

Der zweite Punkt des Krankheitsbildes, welcher der Aufklärung bedarf, ist die Pseudohypertrophie der beiden Unterschenkel. Schon Seeligmüller hat sich zu dieser Frage in seiner Monographie über die spinale Kinderlähmung im Jahre 1880 folgendermaßen geäußert: „Diese interstitiellen Veränderungen (sc. der Muskeln) können sich aber wieder kombinieren mit einer Einlagerung von Fettzellen, so daß die Muskeln, sobald auch die Muskelfasern selbst größtenteils verfettet sind, in eine fast homogene Fettmasse verwandelt erscheinen. Gesellt sich, wie dies meistenteils der Fall ist, noch eine Vermehrung der Fettablagerung im Unterhautzellgewebe hinzu, so kann es dahin kommen, daß das gelähmte Glied nicht nur keine Abnahme, sondern sogar eine Zunahme seines Volumens, eine richtige Pseudohypertrophie darbietet. Diese Pseudohypertrophie der gelähmten Extremitäten tritt übrigens keineswegs immer erst dann auf, wenn seit dem Eintritte der Lähmung bereits mehrere Jahre verflossen sind; vielmehr habe ich sie sehr frühzeitig, bereits im ersten halben Jahre bei wohlbeleibten, fetten Kindern beobachtet, welche an den total gelähmten unteren Extremitäten niemals eine Volumsabnahme gezeigt hatten." In seiner Bearbeitung desselben Kapitels in der Realenzyklopädie von Eulenburg aus dem Jahre 1897 erneuert Seeligmüller diese Angaben. Strümpell nnd Oppenheim äußern sich in ihren bekannten Lehrbüchern in demselben Sinne und auch v. Leyden und Goldscheider machen in Nothnagels Handbuch aus dem Jahre 1897 dieselbe Angabe. An dem Vorkommen der Pseudohypertrophie im Gefolge der Poliomyelitis, und zwar schon in frühen Stadien, kann also kein Zweifel sein, und darum darf ich auch in unserem Falle diese Deutung wählen. Hier hätte einmal der gleiche Verlauf nur schwach geschädigte Muskeln betroffen. Auch die Lockerung der Gelenke, die auf dem Bilde am rechten Knie schön zu sehen ist, paßt wohl am besten in den Rahmen der Poliomyelitis, ebenso die Asymmetrie der Erscheinungen, das Verhalten der Reflexe und der elektrischen Erregbarkeit, die wir gegen die Annahme der Dystrophia musculor. geltend gemacht haben. Und damit wäre auch der methodologischen Regel, so lange als möglich alle Erscheinungen an einem Kranken aus einem Gesichtspunkte zu erklären, völlig genügt. Sollte indes der weitere Verlauf lehren, daß diese Deutung irrig war, so werde ich es für meine Pflicht erachten, sie öffentlich zu korrigieren." Grätzer.

H. v. Wyss, Beobachtungen bei den Genickstarrefällen des Jahres 1908. (Aus der mediz. Klinik der Universität Zürich.) (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1909. Nr. 18.) Zunächst war bemerkenswert, daß das klinische Bild außerordentlich große Verschiedenheiten darbot; kein Fall verlief wie der andere. Betreffs des Blutbefundes hat W. eine beträchtliche neutrophile Hyperleukozytose nie vermißt; ihr Fehlen spricht entschieden gegen eitrige Meningitis, ihr Vorhandensein schließt aber eine eventuell mit Komplikationen verbundene tuberkulöse Form nicht aus. Das Kernigsche Symptom wurde nie vermißt.

W. steht durchaus auf dem Standpunkt, das zur exakten Diagnose die Lumbalpunktion unbedingt erforderlich ist, und nur, wenn diese ein positives Resultat in dieser oder jener Richtung (Befund von Meningokokken, Tuberkelbazillen, Strepto-, Pneumokokken usw.) ergibt, darf die Diagnose gesichert erscheinen. Dieser ungefährliche Eingriff, den er im Laufe des Jahres über hundertmal, ohne je einen Nachteil zu sehen, ausführte, ist ja auch in der Praxis außerhalb des Spitals ohne Schwierigkeit durchführbar. Was die Ergebnisse derselben in seinen 20 Fällen anbelangt, so erhielt W. ein positives Resultat (Flüssigkeit mehr oder weniger eitrig, in der der Meningococcus intracellularis Weichselbaum mikroskopisch und kulturell nachgewiesen wurde) 16 mal. Bei drei Fällen wurde andauernd keine Flüssigkeit erhalten, in einem Fall war die Flüssigkeit fast reines Blut. — Überhaupt hat W. die Punktion wiederholt abbrechen, resp. an anderer Stelle wiederholen müssen, wenn er Blut statt Liquor cerebrospinalis erhielt, was wohl meist auf das Anstechen einer stark gefüllten Pia-Vene bezogen werden mußte. Nachteilige Folgen hat W. auch hier nie beobachtet. Es kam hie und da vor, daß nach Einstechen der Nadel zunächst keine Flüssigkeit abfloß. W. griff dann zuerst in der Regel zur Aspiration, die ihm oft noch ein positives Resultat lieferte, indem es gelang, entweder den dickflüssigen Eiter zu aspirieren, oder eine die Kanüle verstopfende Eiterflocke durch dieselbe hindurchzuziehen. Kam W. dann noch nicht zu einem Resultat, so hat er regelmäßig noch einen Interspinalraum höher punktiert. Die Fälle, bei denen die Punktion negativ ausfiel, kamen sämtlich zur Sektion; bei zweien fand sich kein Exsudat im Rückenmarkskanal, sondern nur dicke eitrige Beläge auf dem Gehirn und eitrige Flüssigkeit in den Gehirnventrikeln; bei dem dritten war das Rückenmark in eine dicke eitrige Membran eingehüllt, die geradezu geschnitten werden mußte, um zur Untersuchung Material zu erhalten. Die Menge der erhaltenen Flüssigkeit schwankte zwischen wenigen Tropfen und 50 ccm. W. ließ stets alles abfließen, was herauskam, vorausgesetzt, daß der Patient nicht anfing, über starke Kopfschmerzen zu klagen, eine Erscheinung, der W. bei der tuberkulösen Form häufiger begegnete als bei der eitrigen (Seitenlage).

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Stellung der Prognose ungemein schwer ist. W. hat da die größten Überraschungen erlebt. Sind wir doch auch bei scheinbar günstigem Verlauf im Anfang vor dem Auftreten lebensgefährlicher Komplikationen nie sicher. W. hat auch umgekehrt plötzliche Wendungen zur Besserung unerwartet an-

getroffen. Er ist dazu gekommen, sich in der Stellung der Prognose einigermaßen durch das Resultat der Lumbalpunktion beeinflussen zu lassen. Gerade die Fälle, die am ersten und zweiten Krankheitstag, dann auch weiterhin kein positives Resultat ergaben, waren die schwersten; die Ausbildung von dickem und zähem Eiter scheint diesen Formen eigen zu sein. Je mehr Flüssigkeit dagegen erhalten wurde, um so günstiger schien die Prognose, namentlich wenn das Quantum bei wiederholten Punktionen zunahm, wobei die Menge des Eitersedimentes zu Anfang, sowie die Anzahl der Meningokokken im Ausstrichpräparat ziemlich gleichgültig erschien. Die Mortalität betrug 50%.

Grätzer.

A. Erb (Lugano), Ein Fall von doppelseitigem kongenitalem Ektropion des Oberlids. (Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1909. Nr. 21.) E. meint hier in der abnormen Größe und Schlaffheit der Lider ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Anomalie erblicken zu müssen, während die direkte Ursache die lange dauernde und schwierige Geburt in Steißlage sein dürfte.

Die Oberlider wurden beim Durchtritt des Kopfes durch die Geburtswege nach oben gestreift und umgestülpt, wobei hinzutretender Lidkrampf eingewirkt haben mag, der jedenfalls aber die spontane Reposition hinderte und die ödematöse Schwellung der Lider begünstigte.

Grätzer.

H. Altkaufer, Beitrag zu der Symptomatologie der tödlichen Nachblutungen der Neugeborenen. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Bd. I. Heft 4 u. 5. S. 337.) Das Leiden gehört zu den seltenen, unter 5000 Geburten hat es Winkel nur einmal beobachtet. Grandidier hat in der ganzen Literatur nur 220 solcher Fälle gefunden. Das 3 Tage alte Kind erlag im Laufe von 36 Stunden einer Nabelblutung. In der Familie keine Hämophilie. Die Eltern angeblich gesund. Trotzdem ein Verdacht an Lues doch berechtigt. Die Reihenfolge der therapeutisch-chirurgischen Eingriffe war: 1. Durch Wattentamponade und Binde 4 Stunden lange Blutstillung; 2. durch eine Umnähung der blutenden Stelle — $2^1/_2$ Stunden lange Blutstillung, 3. durch Kochers hämostatische Sperrpinzette — 46 Stunden lange Blutstillung; 4. Ferrum sesquichloratum; 5. Kali hypermanganicum; 6. T. Jodi 3,0 + Chloroformii pur. 50,0 (nach V. Gomoion) — alles ohne Erfolg; 7. 1‰ Adrenalinlösung Merck — ein vorübergehender Erfolg; 8. 10% Gelatinelösung Merck subkutan ohne Erfolg; 9. Pacquelin ohne Erfolg.

M. Michalowicz (Warschau).

Gorter, Indoxylurie bei Kindern. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1908. S. 1206.) Wie bekannt, entsteht das Indoxyl durch Oxydation von Indol, ein Spaltungsprodukt des Eiweißes.

Es ist nun noch die Frage, ob die Spaltung des Eiweißes im Darm die einzige Quelle ist für die Entstehung des Indoxyls, oder ob daneben auch größere Eiteransammlungen (großer Abszeß, Empyem) oder Zerfall des Körpereiweißes zur Indoxylbildung beitragen.

Für G. ist es kein Zweifel, daß die Hauptquelle in Faulung des Eiweißes im Dünndarm gelegen ist.

Bezüglich der Frage, ob die Indoxylurie bei Kindern, wie noch von vielen behauptet, auf bestehende Tuberkulose hinweisen sollte, ist G. der Meinung, daß dies nicht der Fall sei. Zwar hatten viele Autoren an poliklinischem Material bei tuberkulösen Kindern Indoxylurie konstatiert. G. weist aber darauf hin, daß, wenn man die verschiedenen Portionen eines in 24 Stunden entleerten Harnquantums untersucht, sehr große Schwankungen in dem Indoxylgehalt auftreten (0,64—44,16 mg pro Liter Harn). Die Beantwortung dieser Frage kann also nur an klinischem Material, wo man ja Gelegenheit hat, die 24 stündige Harnmenge zu analysieren, gelöst werden.

Aus weiteren Untersuchungen von Fäzes und Harn bei einer großen Zahl darmgesunder Kinder geht noch weiter hervor, daß die Indoxylurie nur von der Art der Ernährung und von dem Zustande des Darmes abhängig ist. Graanboom.

C. E. Bloch (Däne), Über Darminvagination bei Kindern und ihre Behandlung. (Hospitalstidende. 1909. Nr. 18 u. 19.) Die Abhandlung wurde als Vortrag in der dänischen pädiatrischen Gesellschaft gehalten und wird deshalb später in den Verhandlungen der Gesellschaft in diesem Zentralblatt referiert. Adolph H. Meyer.

V. Uchermann (Norweger), Fremdkörper in der Lunge. Entfernung des Fremdkörpers durch Bronchoscopia inf. Heilung. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1909. Nr. 3.) Es handelte sich um ein 7 jähriges Mädchen, das eine Kaffeebohne aspiriert hatte. Es gelang, sie durch Bronchoskopie inf. vermittels eines speziell konstruierten Bohnenlöffels zu entfernen. Das Instrument war löffelförmig, nach der Größe der Bohne und des Bronchialrohres abgemessen; es hatte ganz kleine Zacken an der konkaven Seite, einen dünnen, etwas elastischen Stiel und einen abgebogenen, ringförmigen Griff.

Adolph H. Meyer.

C. P. Iliescu, Eine neue Impfmethode. (Revista stiintzelor medicale. Januar-Februar 1909.) An Stelle der bekannten Skarifikation schlägt der Verf. vor, mit der rotglühend gemachten Lanzette, die man einen Augenblick an die Haut anlegt, eine kleine Brandblase hervorzurufen, die Epidermis leicht abzukratzen und auf die derart präparierte Fläche die Vakzine aufzutragen. Es wurden auf diese Weise über 3000 Rekruten geimpft, und es zeigte sich, daß das Impfen viel rascher vor sich geht und auch die Antisepsis in vollkommener Weise gewahrt werden kann, als mit der alten Methode. In 94—95 % der Fälle wurden positive Resultate erzielt, am vierten Tage waren die Impfpusteln gut charakterisiert und war der weitere Verlauf ein normaler, ohne jedwede Komplikation. E. Toff (Braila).

Fl. Mateescu (Bukarest), Das Ansteckungsstadium des Scharlachs. (Spitalul. 1909. Nr. 14.) Es ist in letzterer Zeit mehrfach die Ansicht ausgesprochen worden, daß die Skarlatina nur im anginösen und nicht auch im desquamativen Stadium ansteckend ist. Einen einschlägigen Fall hat auch M. auf einer Abteilung Scharlachkranker im Kinderspital beobachtet. Ein 5 jähriges Mädchen wurde mit der Diagnose Scharlach und mit einem scharlachähnlichen Aus-

schlag, aber ohne Fieber und ohne Angina ins Krankenhaus geschickt, dortselbst wurde es auf der Scharlachabteilung mit anderen Kindern, welche diese Krankheit durchgemacht hatten, sich aber alle im Desquamationsstadium befanden, isoliert. Das Kind blieb 16 Tage lang dort, desquamierte nicht, war auch sonst ganz munter. Zu jenem Zeitpunkte wurde ein frischer Scharlachfall mit heftiger Angina in den Saal gebracht und 5 Tage später hatte auch das betreffende Mädchen eine typische Skarlatina, hohes Fieber, Angina mit folgender eiternder Lymphadenitis. Es folgt also hieraus, daß die betreffende Patientin keinen Scharlach bekam, solange sie nur mit desquamierenden Kranken in Kontakt war, daß sie aber sofort erkrankte, als sie mit Scharlach im anginösen Stadium in Berührung kam.

E. Toff (Braila).

Frederik Gardiner, Dermatitis herpetiformis in children. (The British Journ. of Dermat. August 1909.) Die Dermatitis herpetiformis der Kinder unterscheidet sich in einigen Punkten von derjenigen des späteren jugendlichen Alters; die Gruppierung ist bei Kindern weniger typisch, das Jucken geringer und, vielleicht wegen des weniger starken Kratzens, die Pigmentation seltener. Die häufigste Lokalisation der Erkrankung besteht an Ellbogen und Vorderarmen, dann folgen in der Häufigkeitsskala Knie, Sakralregion, Trochantergegend, Schulter. In den 4 hier berichteten Fällen erschienen die ersten Blasen zweimal am Kopfe und Gesicht und je einmal an den Genitalien und den Zehen, Jucken fehlte stets, Pigmentation war zweimal stark, einmal deutlich, das letzte Mal kaum bemerkbar. Bei allen 4 Kindern bestand Eosinophilie, dreimal fand sich Indikan im Harn. Aus den Blasen ließen sich bei jedem Patienten Kulturen vom Staphylococcus albus, daneben einmal vom Streptococcus aureus züchten. Obgleich das Allgemeinbefinden wenig gestört war, beeinträchtigte doch die Neigung zu Rezidiven die Prognose. Die Therapie kann selten sichere Erfolge zeitigen. Intern empfiehlt Verf. Arsen. Die Sauberkeit und Pflege im Hospital trägt wesentlich zur Besserung solcher Fälle bei, die aus schlechten hygienischen Verhältnissen kommen.

Max Joseph (Berlin).

Fr. L. Ziegel, A fatal case of hemophilia neonatorum. (Arch. of Pediatrics. Februar 1908.) Eine Phimosis und ein kurzes Zungenbändchen waren die Ursachen für die gestörte Urinentleerung bzw. für das erschwerte Saugen. In einer Sitzung werden das Frenulum linguae durchtrennt und die balano-präputialen Verklebungen gelöst. In der Familie keine Syphilis. Ein anderes Kind von 5 Jahren ist gesund. Unterbindung und Durchtrennung der Nabelschnur hatten keine übermäßige Blutung zur Folge gehabt. 6 Stunden nach dem Eingriff bemerkt man die Fortdauer bzw. Wiederkehr der auf die Durchtrennung gefolgten Hämorrhagie. Die Blutung an der Glans wird mit Höllenstein zum Stehen gebracht. Die Stomatorrhagie ist dagegen rebellischer, deren Stillung gelingt durch Eis und digitale Kompression. Wenige Stunden später ist die Blutung wieder da. Vergebens versucht man Adrenalin, umsonst eine Stillung durch Naht, das Kind blutet durch die Stichkanäle. Nunmehr kommt es nach dem Mount Sinai Hospital mit der Diagnose Hämophilia neonatorum.

Die wieder aufgetretene präputiale Blutung wird leicht zum Stehen gebracht, die bukkale wird stärker. Nach den Styptica und Adstringentia, nach Eis und Kompression, Naht, Glüheisen wird Chlorkalzium per Klysma und Gelatine gegeben. 7 Stunden nach der Aufnahme stirbt das Kind. Keine Autopsie. Gewichtsverlust seit der Geburt über 2 Pfund. H. Netter (Pforzheim).

Leedham-Green, Prolaps der invertierten Blase durch die Urethra. (Brit. med. Journ. 25. April 1908.) Bei dem sonst gesunden, 18 monatigen Kind bestand ein walnußgroßer Prolaps der Blase, zu dem sich, wenn das Kind weinte, auch noch ein Mastdarmprolaps gesellte. Analog der Behandlung des Mastdarmprolapses mit Paraffininjektionen wurden in das paraurethrale Gewebe in der Gegend des Blasenhalses Paraffininjektionen gemacht. Der Blasenprolaps wurde definitiv geheilt. H. Netter (Pforzheim).

Macintyre, Große Thymus und plötzlicher Todesfall. (Brit. med. Journ. 6. Juni 1908.). Aus der Anamnese verdient hervorgehoben zu werden, daß ein 6 monatiges Kind derselben Familie ebenfalls plötzlich gestorben ist, ohne vorausgegangene sonstige Erkrankung und ohne weitere Vorboten. Das Gleiche gilt von dem 3 monatigen, bis dahin ganz gesunden Kind. Die Sektion ergab ein sehr bedeutungsvolles Resultat: eine große Thymus, die sich fast über die ganze Hinterfläche des Sternum erstreckte, am Perikard und Pleuren adhärierte, sich bis zur Wirbelsäule nach hinten ausdehnte und Herz und Lungen verdrängte. Dazu kommt eine starke Vergrößerung von Leber, Milz, linker Niere, beider Nebennieren. Auch Hypophysis und Schilddrüsen sind vergrößert. H. Netter (Pforzheim).

Maxwell, A case of myositis ossificans. (Brit. med. Journ. Bd. II. 7. Dezember 1908.) Der 10 jährige Knabe litt seit 5 Jahren an einer progressiven Ossifikation der spinalen und dorsalen Muskeln. Das Leiden begann in der Sakralgegend, um von da nach oben fortzuschreiten. Zur Zeit der Beobachtung waren Kopf und Wirbelsäule völlig starr und unbeweglich. Von der Wirbelsäule zogen nach den Schulterblättern knöcherne Stränge. Atmung ganz abdominal. Ernährung nur mit Flüssigkeit allein möglich. Auf der rechten Kehlkopfseite sind Verknöcherungen fühlbar. In der Familie sonst kein ähnlicher Fall. Mehrere Kinder ganz gesund. H. Netter (Pforzheim).

Ch Viannay, Absence des muscles pectoraux et atrophie du sein correspondent. (Revue d'orthopédie. 1. September 1908.) Es handelt sich um ein 14 jähriges Mädchen mit einem angeborenen Mangel der rechtsseitigen Pektorales und Atrophie der entsprechenden Brust. Außerdem bestand eine große Hautfalte, die von der Vorderfläche des Thorax bis zum Arm sich erstreckte und letzteren in seinen Bewegungen stark behinderte. Die Funktionsbeschränkung machte eine plastische Operation nötig, die diesen Hautzügel auszuschalten hatte. In der Hautfalte fand sich eine aponeurotische Platte, die die normalen Insertionen des großen Brustmuskels zu enthalten schien. Nach Exzision dieses sehnigen Streifens wurde die Abduktion des Armes leichter. Darunter, an der Stelle des Pectoralis minor,

fand sich eine zweite aponeurotische Lamelle, die ebenfalls durchtrennt wird. Das orthopädische Resultat war ausgezeichnet.

H. Netter (Pforzheim).

Ch. Fouquet, Présence de tréponèmes pâles dans l'appendice d'un foetus hérédo-syphilitique. (Semaine mèdicale 1908. Nr. 2.) Verf. fand in der Appendix eines 7 monatigen mazerierten Fötus, der von einer syphilitischen Frau stammte und dessen Leber, Milz und Nebennieren zahlreiche Exemplare der Treponema pallida enthielten, diesen Parasiten in großer Menge, wo sie namentlich in der Schleimhaut saßen; stellenweise bildeten sie schraubenförmige Fransen, deren eines Ende in der Appendixwand steckte, während das freie Ende in das Appendixlumen hineinragte. Auch die geschlossenen Follikel enthielten den Parasiten in großer Menge, und die Kapillaren waren von einem deutlichen Kreis von Parasiten umgeben. Man fand sie ferner in der Tunica muscularis, während die Tunica serosa völlig frei davon war. Einige Treponemen sah Verf. auch im freien Lumen der Appendix. Ob Verf. berechtigt ist, seinen Befund als eine Stütze der von Gaucher aufgestellten Hypothese gelten zu lassen, wonach die Syphilis die gemeinsame Ursache der Appendizitis wäre, möge unerörtert bleiben. — Die Appendix selbst war in dem beschriebenen Fall normal in allen übrigen Beziehungen, nur Länge und Volumen soll um ein geringes größer gewesen sein als bei nichtsyphilitischen, ein Befund, der übereinstimmen würde mit den Angaben von Girauld, der das Gleiche bei hereditär-syphilitischen Kindern fand.

H. Netter (Pforzheim).

H. Triboulet, I. Ribadeau-Dumas et **Boyé** (Paris), Sépticémie à bacille d'Eberth et à bacille paratyphique chez le nourrisson. (Archives de méd. des enf. Août 1909.) Wenn auch im frühesten Kindesalter Infektionen mit Typhus- und Paratyphusbazillen zu den Seltenheiten gehören, so kommen dieselben, wie schon von mehreren Forschern hervorgehoben wurde, doch vor und sind die diagnostischen Schwierigkeiten, mit welchen man zu kämpfen hat, recht bedeutende. Die Temperatur ist meist unregelmäßig, Roseola fehlt oft, die diarrhoischen Stuhlgänge, falls sie zur Beobachtung gelangen, können einfache Enteritis vortäuschen usw. Abgesehen davon, kommen derartige Infektionen in solcher Form vor, daß dieselben nur das Nervensystem ergreifen und Meningitis vortäuschen, oder, was noch häufiger ist, die Krankheit lokalisiert sich in den Bronchien und Lungen, derart, daß das lymphatische Darmgewebe entweder gar keine, oder nur recht unbedeutende Veränderungen darbietet. Die Verff. führen derartige Fälle an, wo nur die bakteriologische Blutuntersuchung die Infektion durch den Eberthschen Bazillus nachweisen ließ. Es handelt sich also in erster Reihe um eine septikämische Erkrankung, indem die krankheitserregenden Mikroorganismen den Darmtraktus durchdringen, ohne in demselben sonderliche Veränderungen hervorzurufen, und direkt eine allgemeine Infektion des Blutes bewirken.

In Fällen, in welchen die bakteriologische Untersuchung nicht durchführbar ist oder keine Resultate ergibt, da beim Säugling dieselbe mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist, genügt die Seroreaktion, um die Diagnose festzustellen.

E. Toff (Braila).

Mathilde et **Waclaw de Biehler** (Varsovie), Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses (rougeole, diphthérie, scarlatine). (Archives de méd. des enf. Août 1909.) Die Blutuntersuchungen, welche die Verff. bei verschiedenen eruptiven Infektionskrankheiten des Kindesalters vorgenommen hatten, führten zu folgenden Schlüssen:

Bei Masern, Blattern, Diphtherie und Scharlach findet man bezüglich der Zusammensetzung des Blutes dieselben Veränderungen wie bei allen anderen Infektionskrankheiten. Das spezifische Gewicht steht in geradem Verhältnisse mit dem Anstieg der Temperatur. Die Anzahl der roten Blutzellen und die Hämoglobinmenge hängt weniger von der Art der Krankheit als von dem früheren Zustande des Kranken (Anämie, mangelhafte Ernährung) ab. Hingegen ist die Anzahl der weißen Blutzellen in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit, da dieselbe immer zunimmt, wenn das Ausbrechen einer Komplikation imminent ist. In solchen Fällen ist die Zunahme derselben immer eine erhebliche, während eine leichte Vermehrung auch bei ungefährlichen Fällen, die ohne sekundäre Komplikation verlaufen, vorkommt.

E. Toff (Braila).

Arnold Netter et **Robort Debré** (Paris), Un cas de méningite abortive avec liquide céphalo-rachidien normal; agglutination tres-sensible du méningocoque par le sérum. (Société de biologie, séance du 25. Juillet 1909). Es handelte sich in dem betreffenden Falle um ein Kind, welches durch 4 Tage Fieber und Nackenschmerzen dargeboten hatte, worauf sich ein Herpes der Oberlippe entwickelte. Die Untersuchung des Blutserums zeigte eine deutliche Agglutination zweier Kulturen von Meningokokken im Verhältnisse von $^1/_{100}$ und $^1/_{200}$ bei 37^0 und von $^1/_{250}$ bei 55^0. Nichtsdestoweniger war die durch Lumbalpunktion gewonnene Flüssigkeit kristallklar und enthielt keinerlei zellige Elemente. Dieselbe gab eine Agglutination von $^1/_{50}$ und $^1/_{100}$, während diejenige von $^1/_{150}$ negativ blieb. Es folgt also aus diesem Befunde, daß die durch Meningokokken hervorgerufene Meningitis in ganz leichter Form auftreten und, daß dabei die zephalo-rachidiane Flüssigkeit vollkommen klar bleiben kann, was in Epidemiezeiten zu beachten ist.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Polnische pädiatrische Sektion in Lodz.

Sitzung vom 10. April 1909.

I. Tomaszewski demonstriert ein $^1/_2$ jähriges Mädchen mit einer hühnereigroßen Neubildung in der Vagina.

II. Jasiński demonstriert einen Fall der Littleschen Krankheit, bei der das Babinski-Phänomen vorhanden, das Brudziński-Phänomen aber ab-

wesend ist. Der Fall ist ein Beweis dafür, daß das neue Brudziński-Phänomen dem Babinski-Phänomen nicht analog ist.

III. A. Pański demonstriert einen Fall von **Hysteria magna** bei einem 12 jährigen Buben. Vor einem Monate hat die Schwester des Patienten an Jackson-Epilepsie gelitten, darauf traten bei dem Buben epilepsieähnliche Anfälle auf.

IV. M. Schöneich bespricht 4 Fälle ausgesprochener **Scharlachrezidive** am 10.—12.—32. Krankheitstage.

V. T. Mogilnicki bespricht einen Fall von **Pyopneumothorax.**

VI. Fräulein H. Rosenblatt und W. Jasiński demonstrieren mikroskopische und pathologisch-anatomische Präparate. M. Michalowicz.

Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg.

(Nach Deutscher med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

II. Sitzung vom 18. September, nachmittags.

Vorsitzender: Ganghofner (Prag).

Bauer (Düsseldorf): **Zur Biologie der Milch.** Hamburger hatte mit den einzelnen Eiweißkörpern der Kuhmilch (Kasein, Albumin) Antisera hergestellt, die eine gewisse Spezifität für ihr spezielles Antigen aufwiesen, die aber auch mit dem Serum derselben Art, also Rinderserum, eine Fällung gaben. Der Vortragende immunisierte ebenfalls mit Kasein, das durch Essigsäurefällung gewonnen war, und erhielt Immunsera, die sich mit Hilfe der Komplementablenkung als durchaus spezifisch für ihr Antigen erwiesen und auch mit dem artgleichen Blutserum keine Reaktion gaben. Die Antisera gegen die sogen. löslichen Eiweißstoffe der Milch gaben hingegen mit dem Serum der betreffenden Tierart ebenfalls Fällung und Komplementbindung.

Nur das Serum des menschlichen Neugeborenen machte eine Ausnahme.

Es gab keine Komplementablenkung mit dem Antiserum gegen die löslichen Eiweißstoffe der Frauenmilch, im Gegensatz zu dem Serum des Erwachsenen. Auch die Präzipitation zwischen diesem Antiserum und dem Neugeborenenblut war nur eine spärliche, „heterologe“, während Erwachsenenblut eine ausgesprochene Fällung gab. Es lassen sich also beim Menschen ontogenetische Differenzen auf biologischen Wege nachweisen, analog den phylogenetischen Unterschieden, die der Präzipitinreaktion eine Bedeutung in der Entwicklungslehre eingeräumt haben.

Das Serum ganz junger Säuglinge, einerlei ob sie mit Kuhmilch oder Frauenmilch genährt waren, verhielt sich biologisch wie das Serum des Erwachsenen, d. h. es gab eine positive Reaktion.

Nur ein 14 tägiges Brustkind verhielt sich noch wie ein Neugeborenes.

Vortragender schließt daraus, daß dem Blute des Neugeborenen ein Eiweißantigen noch fehlt, das sich in der frühesten Säuglingsperiode bildet. Die Bildung desselben scheint von der Art der Ernährung unabhängig zu sein.

Diskussion: Langer (Graz) weist darauf hin, daß er mit der Methode der Präzipitation ähnliche Resultate vor 3 Jahren erzielt hat.

Orgler (Berlin): **Über den Ansatz bei natürlicher und künstlicher Ernährung.** Die folgenden Untersuchungen nehmen ihren Ausgang von der Tatsache, daß der Säugling bei natürlicher Ernährung weniger Harnsäure ausscheidet als bei künstlicher. Da die Harnsäureausscheidung beim Säugling, der eine purinfreie Nahrung erhält, als Maßstab für den Nukleinstoffwechsel des Organismus dienen kann, stellte Vortragender die Hypothese auf, daß der Säugling bei natürlicher und bei künstlicher Ernährung ungefähr gleichviel Purinkörper für den Nukleinansatz

bildet, aber bei natürlicher Ernährung mehr Purinkörper in Form von Nukleinen ansetzt und daher weniger Harnsäure ausscheidet als bei künstlicher. War diese Vermutung richtig, so mußte der natürlich genährte Säugling in demselben Zeitraum mehr Purinkörper in Form von Nukleinen ansetzen als der künstlich ernährte. Zum Beweise dieses Postulates wurden Hunde gleichen Wurfes vom 8. Tage nach der Geburt teils mit Kuhmilch, teils mit Hundemilch ernährt, 4 Wochen nach der Geburt getötet und analysiert. Dabei zeigte es sich, daß tatsächlich die natürlich genährten Tiere mehr Purinkörper enthielten als die künstlich ernährten; da das Geburtsgewicht der Tiere ungefähr gleich war, mußten demnach die natürlich ernährten Tiere mehr Purinkörper im gleichen Zeitraum angesetzt haben. Dabei handelt es sich aber nicht um eine spezifische Wirkung in dem Sinne, daß die natürliche Ernährung den Ansatz der Nukleine im Verhältnis zu den übrigen Eiweißkörpern begünstigt; denn das Verhältnis Gesamtstickstoff: Purinkörperstickstoff ist bei den Tieren beider Kategorien dasselbe; sondern die natürlich ernährten Tiere sind stärker gewachsen als die künstlich ernährten Tiere und haben dementsprechend mehr Purinkörperstickstoff angesetzt. Umgekehrt haben Tiere von gleichem Gewicht und gleichem Alter bei natürlicher und künstlicher Ernährung gleichen Purinkörpergehalt, wie bei einem anderen Wurf festgestellt werden konnte, bei dem die natürlich genährten Tiere infolge des Milchmangels der Mutter 6 Tage lang Körpergewichtsstillstand zeigten und zur Zeit der Tötung dasselbe Gewicht wie die künstlich ernährten hatten.

Schlossmann (Düsseldorf): **Zur Physiologie des Säuglingsalters.** Die Frage nach dem Nahrungsbedarf des Säuglings ist nach wie vor eine überaus wichtige, ja, sie hat an praktischer Bedeutung noch dadurch gewonnen, daß jetzt unter ärztlicher Verantwortlichkeit trinkfertige Portionsflaschen abgegeben werden. Immer erneut muß darauf hingewiesen werden, daß die Standardzahl von etwa 100 Kalorien pro Kilo ihre Bedeutung eben nur für Säuglinge eines bestimmten Gewichtes hat; mit Zunahme und Abnahme des Verhältnisses von Oberfläche zu Gewicht ändert sich der Nahrungsbedarf pro Kilo. Neuerdings hat Weigert poliklinisch angestellte Ernährungsversuche veröffentlicht, bei denen Säuglinge von 4 kg mit nur 150 Kalorien im ganzen, also 40 Kalorien pro Kilo, glänzend gediehen. Es läßt sich nachweisen, daß hier eine intensive Nebenfütterung von kohlehydrathaltiger Substanz vorgelegen haben muß. Dieser Beweis läßt sich nach zwei Richtungen hin erbringen. Einmal vermögen wir heute unter Zugrundelegung der CO_2-Ausscheidung und O-Aufnahme zu berechnen, wie viel Kalorien im Minimum ein Säugling mit einer bekannten Oberfläche unbedingt gebraucht. Diese Zahl beträgt bei einem Säugling von 4 kg jedenfalls mehr als doppelt so viel, als die von Weigert postulierten Energiemengen.

Stellt man andererseits eine CO_2-Bilanz für ein Kind von 4 kg auf, so findet man, daß mehr als 70 g CO_2 mehr ausgegeben als aufgenommen worden sein müssen. Das bedeutet eine Zufuhr von mehr als 45 g Mehl pro die oder entsprechende Mengen anderer Kohlehydrate. In weiterer Verfolgung der angeführten Gedankengänge ergibt sich, daß bei kohlehydratreicher Nahrung die CO_2-Ausscheidung größer ist als bei fettreicher Nahrung von gleichem Kaloriengehalt. Gibt man die gleiche Menge an Kalorien, das eine Mal in Gestalt einer Sahnemischung, die in ihrer Zusammensetzung der Frauenmilch entspricht, das andere Mal als Milchzucker-Milchmischung 1 : 2, so ist die CO_2-Ausscheidung um 15 % höher, damit natürlich die Arbeit der Ausscheidung, folglich der dem Körper sonst zugute kommende Reingewinn aus der Nahrung geringer.

Der Versuch, durch Temperaturmessungen dem Problem nachzugehen, hat greifbare Resultate nicht ergeben.

Diskussion: Heubner (Berlin) betont, daß er festgestellt hat, daß das Energiegesetz nach dem Entwicklungsgrad des Kindes zu formulieren ist.

Siegert (Köln) (aus der akad. Kinderklinik) bespricht im Anschluß an eine Beobachtung von Idiosynkrasie des Säuglings gegen Kuhmilchfett bzw. -butter die bisherigen Anschauungen über die **Kuhmilchidiosynkrasie.** Weder das artfremde Eiweiß (Schlossmann-Moro) noch das Fett (Czerny) noch die Molke (Finkelstein-Meyer) ist prinzipiell und allgemein die Ursache der Synkrasie, sondern bald besteht diese gegen die Molke, bald gegen das Kasein, bald gegen das Fett, eventuell auch gegen alle (Freund). Eine durch die artfremde Milch bedingte Änderung der Darmflora (Finkelstein) oder eine Darmläsion (Czerny) können durchaus fehlen, wie bei jeder anderen Idiosynkrasie gegen Erdbeeren, Crustaceen,

Medikamente. Es handelt sich wahrscheinlich um typische Gifteinwirkung, meistens sowohl örtlich auf die Darmwand, unter Umständen mit entzündlicher Reizung des Dünndarms, meist wohl nur um erhöhte Peristaltik des Dickdarms, außerdem aber um Reizung des Wärmezentrums, der Empfindungszentren, der Vasokonstriktoren. Das Erbrechen und die vermehrte Pulsfrequenz können bald in den Vordergrund treten, bald fehlen. Die Schnelligkeit und das rasche Abklingen des Symptomenkomplexes beweisen den Anteil des Nervensystems an allen Erscheinungen der Kuhmilchidiosynkrasie.

Diskussion: Schlossmann (Düsseldorf) hat 2 Fälle beobachtet, in denen er zu derselben Auffassung kam wie Finkelstein-Meyer.

Ibrahim (München) hat die idiosynkrasische Reaktion mit Ziegenmilch ebenso auslösen können wie mit Kuhmilch und kommt zur Ablehnung einer einheitlichen Pathogenese.

Finkelstein (Berlin) glaubt nicht, daß die Beeinflussung der Bakterienflora das pathogenetische Moment sei, glaubt ebenfalls nicht an die Einheitlichkeit der Fälle.

Siegert (Köln) vertritt dieselbe Auffassung wie Finkelstein.

Ganghofner (Prag) unterscheidet zwei verschiedene Formen der Idiosynkrasie und bespricht auch die Idiosynkrasie gegen Frauenmilch.

Tobler (Heidelberg): **Über die Schwefelausscheidung im Harn bei Säuglingen.** Der normale Stoffwechsel des Säuglings bringt wie der des Erwachsenen einen Teil des umgesetzten Schwefels nicht als Schwefelsäure zur Ausscheidung, sondern als Schwefelverbindungen einer niedrigeren Oxydationsstufe, die unter dem Namen Neutralschwefel zusammengefaßt werden. Das Verhältnis dieser Fraktion zur Gesamtmenge des Harnschwefels, das beim Säugling in verhältnismäßig weiten Grenzen schwankt, wurde vielfach als Maßstab für die Intensität der Oxydationsvorgänge im Organismus angesehen. Die Beurteilung der quantitativen Harnbefunde ist durch die komplexe Beeinflußbarkeit der Neutralschwefelgröße sehr erschwert. Es wurde versucht, die verschiedenen, auf dieselbe einwirkenden Faktoren zu isolieren, um sodann unter geeigneten Versuchsbedingungen das Verhalten des Neutralschwefels beim kranken Kinde festzustellen.

Von den in Betracht kommenden Nahrungsfaktoren beeinflußt die Eiweißzufuhr die absolute Menge des Neutralschwefels nur wenig, bewirkt aber durch den hohen Gesamtschwefelbetrag ein Sinken des Neutralschwefelquotienten. Stark beeinflußt wird in entgegengesetzter Richtung die Neutralschwefelmenge durch den Fettgehalt der Nahrung, vielleicht dadurch, daß der einen Teil des Neutralschwefels liefernde Gallenschwefel in steigender Menge zur Bildung und Ausfuhr kommt. Unterernährung und Hunger vermindern die Neutralschwefelbildung; Einschmelzung von Reserve- oder Körpereiweiß bedingt an sich keinen Zuwachs zur Neutralschwefelmenge. Die kleinsten absoluten Neutralschwefelmengen, bezogen auf 1 kg Körpergewicht, werden von den gesunden Brustkindern ausgeschieden.

Bei den schweren akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge, speziell bei der sogenannten alimentären Intoxikation, fanden sich die absoluten und relativen Werte meist stark vermehrt. Da in diesen Fällen der Hungerzustand, die vermutlich geringe Gallensekretion, sowie der durch den toxischen Eiweißzerfall bedingte hohe Gesamtschwefelumsatz die Zahlen im entgegengesetzten Sinne beeinflussen mußten, können die erhaltenen Werte nur als Folge pathologischer Stoffwechselvorgänge angesehen werden. Wahrscheinlich ist die Vermehrung des Neutralschwefels durch Ausscheidung echter, intermediärer Stoffwechselprodukte bedingt. Als ursächliches Moment kommt in Analogie zu experimentell-pathologischen Erfahrungen und bestimmten Vergiftungen ein Versagen oxydativer Funktionen in Betracht.

Meyerhofer und Pribram (Wien): **Kolloidchemische Betrachtungen über die Enteritis der Säuglinge.** Die Autoren hatten früher gezeigt, daß bei der Säuglingsenteritis zwei voneinander physikalisch ziemlich scharf getrennte Formen vorkommen, die eine mit erhöhter Permeabilität der Darmwand für Kristalloide und Kolloide, welcher Zustand histologisch und klinisch der akuten Enteritis entspricht, die andere mit verminderter Permeabilität, d. i. die chronische Enteritis mit bindegewebiger Atrophie der Darmwand. Zu vorliegenden Versuchen faßten die Autoren das Membranproblem ins Auge und suchten Antwort auf die Frage: unter welchen

Umständen ändert sich die Permeabilität der frischen Darmmembran? Sie konnten feststellen, daß kurzdauerndes Austrocknen eines Darmstückes zu einer deutlichen Herabsetzung seiner Permeabilität führt. Neben der wasserentziehenden Wirkung kommen noch andere Prozesse in Betracht: vor allem die Adsorption. Die Permeabilität (Quellung) der Darmmembran (Säuglingsdarm) ist in einer Eiweißlösung jener Tierart, welcher der Darm entstammt, eine andere als in artfremdem Eiweiß. Dies weist auf eine unmittelbare Beeinflussung der Darmmembran des Säuglings durch das Milieu hin.

Meyerhofer und Pribram (Wien): **Ernährungsversuche mit konservierter Frauenmilch.** Die Autoren schlagen weitgehende Verwendung abgespritzter konservierter Frauenmilch zu Ernährungszwecken vor und berichten über vorzügliche Resultate dieser Methode. Die Konservierung wird mit Wasserstoffsuperoyxd unter gleichzeitiger Erwärmung auf 40° (0,1—0,2 ccm auf 400 ccm Frauenmilch) vorgenommen.

In der Diskussion betont Thiemich die Steigerungsfähigkeit der Frauenmilchproduktion.

Escherich erwärmt sich außerordentlich für die Idee; um die Verfälschung der Frauenmilch auszuschließen, müsse ein Kinderarzt an der Spitze des Unternehmens stehen.

Langer erörtert die Bedeutung der Konservierung und die Möglichkeit der Verfälschung.

Langstein erörtert die Schäden durch Ernährung mit zersetzter Frauenmilch.

Finkelstein hält diese für gering.

Schlossmann und Heubner tragen Bedenken gegen eine Frauenmilchkonserve.

Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 5. Februar 1909.

Trumpp bringt weitere Mitteilungen über einen eigenartigen Fall **traumatischer Epiphysenläsion**, der von Privatdozent Dr. Hochsinger (Wien) auf Grund der eingesandten Röntgenbilder als in Reparation befindliche rarefizierende Ostitis bezeichnet wurde.

Oppenheimer: **Über den Nahrungsbedarf künstlich ernährter Säuglinge.** O. berichtet über weitere sehr günstige Ernährungsresultate, die er bei 4 (3 normale und 1 frühgeborenes Kind) genau beobachteten Säuglingen mit Vollmilchdarreichung erzielt hat. Die Nahrungsmengen wurden genau notiert, die Milch analysiert. Bei normalem Gedeihen und genügender Aufnahme blieb bei Vollmilchdarreichung die getrunkene Milchmenge im Verhältnis zum Körpergewicht niedriger wie beim normalen Brustkind; nur wenn eine Unterernährung vorausging, änderte sich auch bei Vollmilch das prozentuale Verhältnis zugunsten der Milchkurve. Der Energiequotient betrug bei den normalen Kindern ca. 100, der höchste E. 111. Solange die Kinder gesund waren und gut gediehen, ging der Energiequotient niemals unter 90 herunter. Bei dem debilen Kind war die Nahrungsaufnahme im Verhältnis zum Körpergewicht größer als bei den normalen Kindern.

O. bedauert, daß seine Publikationen über die günstigen Resultate mit Vollmilch es nicht vermocht hatten, die Fachkollegen zu einer systematischen Nachprüfung zu veranlassen, die er im Interesse der Sache für dringend geboten hält. Er ist fest davon überzeugt, daß das einwandfreie Gedeihen der Kinder in den früher und jetzt demonstrierten Fällen der Zufuhr von konzentrierter Nahrung zu verdanken sei. Erfahrungen über die Ernährung Neugeborener mit Vollmilch stehen O. nicht zu Gebote, er hat diese Ernährungsweise stets nur bei Kindern nach Ablauf der 3.—4. Woche angewendet. Der Übergang von $^1/_3$-Milch zur Vollmilch soll allmählich erfolgen. Solange verdünnte Nahrung gegeben wird, soll die tägliche Flüssigkeitsmenge 17% des Körpergewichts nicht übersteigen, bei Vollmilch genügt ein Tagesquantum von 14—15%. Mehr als ein Liter Vollmilch darf das Tagesquantum nie erreichen.

In der Diskussion verhielten sich Moro, Rommel, Trumpp, Seitz, Ibrahim, Reinach im allgemeinen ablehnend, Finkelstein zustimmend.

Im Schlußwort sieht sich Oppenheimer einem Rätsel gegenübergestellt und fordert nochmals mit Nachdruck zur Nachprüfung auf, die ihm von seiten Pfaundlers zugesagt wurde.

Sitzung vom 7. Mai 1909.

Hecker bespricht die Krankengeschichte eines Säuglings, der im Alter von 3 Monaten wegen „**Atembeschwerden**" in seine Behandlung kam. Es ergab sich eine Dämpfung über dem Manubrium sterni und eine auch durch das Röntgenbild festgestellte Vergrößerung des Herzens. Am Ende des 1. Lebensjahres stellten sich eine akute Bronchitis und gleichzeitig damit eine vorübergehende Parese des linken Fazialis, sowie des linken Armes und Beines ein. Pneumonie. Exitus.

Die Sektion ergab: **Chronische interstitielle Myokarditis** und im vermutlichen Zusammenhange damit eine in der rechten Großhirnhälfte gelegene, nahezu pflaumengroße Zyste, die vom Obduzenten, Prosektor Dr. Rössle, auf eine mindestens seit 6—8 Monaten zurückliegende **chronische Enzephalitis** zurückgeführt wurde.

Nadoleczny: **Über Sprachstörungen bei schwachsinnigen Kindern.** Von den Sprachstörungen der schwachsinnigen Kinder ist eine der wichtigsten und am schwersten zu beurteilenden die Aphasie, die oft bei apathischen Schwachsinnigen vorkommt, deren Psyche weder von äußeren Eindrücken noch von inneren Antrieben wesentlich berührt wird. Aber auch bei versatilen Formen, deren Aufmerksamkeitsdefekte das Erlernen der Sprache hindern, ist Aphasie nicht selten. Wir können auch jene Kinder zu den aphasischen rechnen, die einzelne Worte oder Sätze ohne Verständnis herplappern. Ist ein gewisses, wenn auch beschränktes Sprachverständnis vorhanden, und dabei auch ein geringer Wortschatz, so liegen die Verhältnisse für die Behandlung günstiger. Ungeschicklichkeit der Sprechwerkzeuge, periphere Defekte an denselben, sowie psychische Entwicklungshemmungen, erschweren solchen Kindern das Sprechenlernen. Ihre Beurteilung muß den ganzen psychischen Status berücksichtigen, in dessen Dunkel einzudringen uns oft recht schwer wird. Wir bedienen uns hierzu der Testmethode, die aber nur mit Vorsicht und Kritik angewandt werden soll, weil sie nicht einzelne psychische Fähigkeiten prüft, sondern Komplexe von solchen und daher zu falschen Deutungen führen kann. Neben dieser Prüfung ist natürlich eine körperliche Untersuchung nicht zu vernachlässigen. Aus einer Anzahl von 40 Fällen wird an einer Reihe von Einzelbeobachtungen dargelegt, wie man mittels dieser Methode Defekte einzelner Sinnesgebiete, Schwerhörigkeit, Taubheit erkennt und vom eigentlichen Schwachsinn trennt, und wie man diesen symptomatisch in verschiedene Gruppen teilen kann. Die therapeutischen Erfahrungen mit teils somatischer, hauptsächlich aber pädagogischer Behandlung (Übungstherapie) sind bei Aphasiefällen im allgemeinen günstig.

Am häufigsten ist bei Schwachsinnigen das Stammeln, d. h. die Unfähigkeit, einzelne Sprachlaute richtig hervorzubringen. Unter sämtlichen Formen von Stammeln ist die häufigste der Sigmatismus, das Lispeln. Diese falsche Sprache des S-Lautes beruht ätiologisch meist auf Anomalien der Zahnstellung bzw. Kieferartikulation, denen wir bei Schwachsinnigen sehr häufig begegnen. Zum Stammeln tritt bei diesen Kindern gewöhnlich der Agrammatismus, die Unfähigkeit des Satzbaues nach grammatischen und syntaktischen Regeln. Beide Sprachstörungen kommen physiologisch während der Sprachentwicklung vor, bleiben aber bei Schwachsinnigen bestehen. Das Poltern, eine Sprachstörung, die sich durch Überhasten des motorischen Ablaufs der Sprache charakterisiert, und auf Aufmerksamkeitsdefekten beruht, findet sich bei Schwachsinnigen selten allein, meist vereint mit den erwähnten Sprachstörungen. Relativ selten ist das Stottern, es kann bei Schwachsinnigen eine Sprachentwicklungsstörung sein, die infolge von mangelhaften sprachlichen Leistungen und Schwierigkeiten im Ausdruck zustande kommt. Es kann aber auch eine primäre degenerative Störung sein. Die medikamentöse Behandlung solcher Kinder hat unter anderem Erkrankungen der Schilddrüse zu berücksichtigen, ist im übrigen eine roborierende und tritt gegenüber der pädagogischen Behandlung zurück. Letztere knüpft an schon vorhandene Leistungen oder Interessen der Kinder an und fördert gleichzeitig deren sprachliche Leistungen. Hierzu bedient man sich abgesehen von verschiedenen Kunstgriffen mit Vorteil des Spiegels, mittels dessen die Kinder ihre eigene Sprechbewegungen mit denen

des Vorsprechenden vergleichen. Dies geschieht zweckmäßig in der Hilfsschule oder in besonderen Anstalten für Schwachsinnige und Schwachbegabte.

An der Diskussion, die sich hauptsächlich auf die Thyreoidinbehandlung bezog, beteiligten sich Hecker, Mennacher, Uffenheimer, Nadoleczny. Pfaundler berichtet über seine eigenen, bei der Prüfung schwachsinniger Kinder gewonnenen Erfahrungen und betont ebenfalls die Schwierigkeit, die sich daraus ergibt, daß man aus dem Versagen einer Probe niemals auf das Fehlen einer geistige Komponente einer Leistung schließen darf. Die Spiegelschrift mit der linken Hand hält er für physiologisch.

IV. Neue Bücher.

Prof. Dr. med. Dannemann, Hilfsschulleiter Schober und Hilfsschullehrer E. Schultze. **Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik.** I. Lieferung. Verlag von C. Marhold, Halle a. S.

Ärzte, Heilpädagogen, Lehrer und Geistliche haben sich zusammengetan, um eine Brücke zu schlagen zwischen Medizin und Pädagogik. Es hat bis jetzt an Nachschlagewerken gefehlt, die Ärzte und Pädagogen zu gemeinsamem Zweck, an gemeinsamer Stelle zu Worte kommen lassen. Die uns vorliegende 1. Lieferung gibt uns schon ein Bild von der Reichhaltigkeit und glücklichen Auswahl des ungeheuren Stoffes. Römer (Anstaltsarzt in Illenau-Baden) gibt uns einen klaren übersichtlichen Artikel über Abulie (Willensschwäche) und fügt am Schlusse eine kurze Literaturübersicht an, der erfahrene Sprecharzt Liebmann behandelt den Agrammatismus, der Pädagoge Scholz die „Affekte“. Ein von demselben Autor herrührender Artikel „Alkohol“ bringt in meisterherhafter Kürze alles Wissenswerte mit reichlichen Literaturangaben. Hilfsschulleiter Schenk (Breslau) beschreibt den Anschauungsunterricht bei Schwachbefähigten für den Laien sehr anschaulich. Oberarzt Meltzer (Waldheim) verbreitet sich ausführlich über Anstalten für Schwachsinnige. Privatdozent Hellpach (Karlsruhe) bringt eine instruktive Zusammenstellung der „Ansteckungspsychosen“ nach Literaturangaben. In dem Artikel „Aphasie“ von Römer finden wir ein kleines Repetitorium der einschlägigen physiologischen und psychologischen Fragen. Der Hilfsschulleiter Weniger beschreibt den „Artikulationsunterricht“ bei Schwachsinnigen in klassischer Weise, der ungarische Neurologe und Psychologe Ranschburg schildert in großen Umrissen das schwierige psychologische Gebiet der „Assoziationen“ und der „Auffassung“. Schon aus diesen kurzen Stichproben kann sich der Leser eine Vorstellung von der Fülle des Stoffes machen, der in kurz gedrängter Form dem Nachschlagenden geboten wird. Derselbe kann sich durch die Literaturangaben in dem ihn interessierenden Gebieten leicht orientieren.

Es ist zu hoffen, daß die weiteren Lieferungen des trefflichen Nachschlagewerks in Kürze erscheinen und uns ebenso befriedigen wie die vorliegende 1. Lieferung. Albert Feuchtwanger (Frankfurt a. M.)

B. Salge. **Einführung in die moderne Kinderheilkunde.** Berlin, J. Springer. Preis: geb. 9 Mk.

Von einem Mangel an pädiatrischen Lehr- und Handbüchern kann man kaum sprechen; wir besitzen größere und kleinere genug. Und doch wird S.s Buch sicherlich zahlreiche Leser finden und manche Auflage erleben. Es hat etwas Besonderes, was schon aus dem Titel hervorgeht: es ist die moderne Kinderheilkunde, in die der Autor den Arzt und Studierenden einführt. Sein Buch soll mit dem Wesen der neueren Forschungen auf dem Gebiete der Pädiatrie vertraut machen, es soll die Art der heutigen Auffassung und klinischen Fragestellung ihnen vor Augen führen. Diese Aufgabe hat S. vorzüglich gelöst. Er wird nie weitschweifig, unklar und langweilig, sondern mit präzisen Worten schildert er lebendig und anschaulich, läßt Nebensächliches ganz beiseite, hält sich, wenn er die Kenntnis eines Gebietes nicht voraussetzen darf, bei diesem etwas länger auf — kurz, wer in die Kinderheilkunde eingeführt werden will, findet in diesem Buche einen Führer, dem er gern folgen und bald liebgewinnen wird.

Grätzer.

W. Alexander und K. Kroner. **Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankkrankheiten.** Berlin, Fischers mediz. Buchhandl. H. Kornfeld. Preis: 3,50 Mk.

Diese kurze Darstellung der zurzeit üblichen Behandlungsarten wird dem Kinderarzte recht willkommen sein. Nicht nur die medikamentöse Therapie, sondern auch die physikalischen usw. Heilmethoden werden teils kurz, teils eingehender geschildert, Bezugsquellen und Preise von Apparaten angegeben. Da selbstverständlich in den pädiatrischen Lehrbüchern diesem Spezialgebiete kein großer Raum gewidmet werden kann, bietet dies Buch eine wertvolle Ergänzung. Auch die ätiologischen Faktoren werden berücksichtigt und differentialdiagnostische Hinweise fehlen nicht. Alles in allem: ein brauchbares Werkchen, das man gern benutzen wird. Grätzer.

L. Knapp. **Der Scheintod der Neugeborenen.** III. Teil. Wien und Leipzig, W. Braumüller. Preis: 4 Mk.

Nachdem wir die beiden ersten Teile dieser ungemein fleißig und gewissenhaft bearbeiteten Monographie, den geschichtlichen und klinischen, warm empfohlen haben, können wir uns bei dem vorliegendem 3. Teil, dem gerichtsärztlichen, kurz fassen. Er bildet einen würdigen Schluß des Ganzen, indem er eine eingehende Besprechung aller Fragen enthält, welche hier in Betracht kommen. Wer sich theoretisch oder praktisch mit diesen zu beschäftigen hat, wird ohne K.s Werk kaum zurechtkommen. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Auf Veranlassung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz fand am 6. November im Kultusministerium eine Konferenz statt zur Besprechung des weiteren Ausbaus der Säuglingsfürsorge im Königreiche Preußen. Es wurde die Bildung einer **Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz** beschlossen, die im Kaiserin Auguste Viktoriahause ihren Sitz haben und zugleich als Verein zur Unterstützung dieser Anstalt wirken soll.

Dresden. Zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** bewilligten die Stadtverordneten 10000 Mk. für Stillprämien an stillende Mütter und Prämien an Hebammen für höchste Stillziffern.

— Die Kinderheilanstalt feierte kürzlich das 75 jährige Jubiläum ihres Bestehens durch eine Festsitzung. Dem Oberarzt Sanitätsrat Dr. Plettner wurde aus diesem Anlaß daß Ritterkreuz zum Albrechtsorden 1. Klasse verliehen.

Wiesbaden. Dem **„Verein für Krüppelfürsorge"** sind von Frau Elisabeth König ein großes Terrain und 200000 Mk. zur Errichtung einer Krüppelheil- und Erziehungsanstalt geschenkt worden. Die Anstalt soll für 100 Betten in Wiesbaden erbaut werden. Bis zu ihrer Fertigstellung wird bereits im Januar 1910 in einem gemieteten Hause ein provisorischer Betrieb eröffnet werden. Leitende Ärzte sind die Herren Dr. Stein und Dr. Guradze (Wiesbaden).

Frankfurt a. M. Dr. Karl Beck ist zum Arzt am Kinderheim ernannt.

Leobschütz. Eine unentgeltliche **ärztliche Beratungsstelle für Pflege und Ernährung der Säuglinge** ist im St. Josephshospital eingerichtet worden. An Arme soll bei Stillunfähigkeit der Mutter Milch für die Säuglinge abgegeben war. Als Ärzte haben sich der Beratungsstelle freiwillig zur Verfügung gestellt Kreisarzt Med.-Rat Dr. Neumann und Beigeordneter Dr. Groetschel.

Fürth. Das von dem biesigen Ehrenbürger Rechtsanwalt Nathan mit einem Kapital von 300000 Mk. gegründete **Wöchnerinnen- und Säuglingsheim** ist eröffnet.

Caracas. In Venezuela ist die **obligatorische Impfung** eingeführt worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

DR. H. BAUER (EMMENDINGEN), DR. W. BAUER (JENA), PRIMARIUS DR. ERNST DEUTSCH (BUDAPEST), PROF. DR. O. EVERSBUSCH (MÜNCHEN), DR. G. FINDER (CHARLOTTENBURG), DR. TH. FREYHAN (BERLIN), PRIV.-DOZ. DR. R. HECKER (MÜNCHEN), PROF. DR. GG. JOACHIMSTHAL (BERLIN), SAN.-RAT DR. MAX JOSEPH (BERLIN), DR. M. KAUFMANN (MANNHEIM), DR. P. MAAS (AACHEN), PRIV.-DOZ. DR. ADOLPH H. MEYER (KOPENHAGEN), DR. M. MICHALOWICZ (WIEN), DR. HERM. NETTER (PFORZHEIM), DR. G. OOTMAR (HAARLEM), DR. B. SCHICK (WIEN), PRIV.-DOZ. DR. H. B. SHEFFIELD (NEW YORK), DR. G. SOMMER (ZITTAU), DR. A. SONNTAG (BERLIN), PROF. DR. H. STARCK (KARLSRUHE), DR. A. STERN (CHARLOTTENBURG), DR. E. TOFF (BRAILA, RUMÄNIEN), PROF. DR. OSK. VULPIUS (HEIDELBERG), DR. MAX S. GUST. WEGSCHEIDER (BERLIN)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Februar 1910. Nr. 2.

Inhalt.

I. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Neue Bücher. — IV. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. **1. Februar 1910.** Nr. 2.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Ludwig Mendelsohn, Die primäre Intestinaltuberkulose im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zur primären Tuberkulose des Respirationsapparates. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Unter 1255 innerhalb von 3 Jahren sezierten Kindern fanden sich 25 = 9% Fälle von primärer Intestinaltuberkulose. Diese steht an Häufigkeit hinter der beim Kind fast vollständig dominierenden primären Tuberkulose des Respirationsapparates zwar zurück, kommt ihr aber an Gefährlichkeit, vor allem mit Rücksicht auf die Eventualität einer miliaren Aussaat besonders bei jüngeren Kindern gleich. Zur Illustration dienen 7 Fälle, in denen der intestinale Primärherd der Ausgangspunkt einer miliaren letalen Tuberkulose war. Hecker.

Ph. Biedert, Einige Ergebnisse auf dem Gebiete der Säuglingsernährung in den letzten Jahren. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Auseinandersetzung mit einer Anzahl neuerer Autoren, zum Referat nicht geeignet. Hecker.

Ph. Biedert, Pyloruskrampf und Fett in der Nahrung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) An 4 Fällen von Pylorospasmus wird gezeigt, daß die Besserung im Befinden unter Darreichung von Ramogen-Milchmischung erfolgte, also einer verhältnismäßig fettreichen Nahrung. Die Fälle sprechen gegen die vielfach behauptete Gefahr des Fettes beim Pyloruskrampf. Hecker.

W. P. Shukowsky, Über Leberzysten im Kindesalter. Ein Fall von kongenitalem Zystenlymphangiom der Leber (Lymphangioma cysticum hepatis congenitum). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Leber des nach der Geburt verstorbenen Kindes enthielt 3 Zysten nicht parasitärer Natur. Ursache der Zystenbildung wahrscheinlich die ausgebreitete allgemeine Syphilis. Hecker.

F. Theodor, Morbus caeruleus (Blausucht) bedingt durch eine große Reihe angeborener Anomalien des Herzens und anderer Organe (mit 2 Abbildungen). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) $4^1/_2$ monatliches Mädchen bekommt jeden Morgen einen Blausuchtanfall (Krampfzustand mit blauer Verfärbung, Würgen und Stöhnen) von 1—4 stündiger Dauer. Am Herzen keine Geräusche, dagegen deutliche Dämpfung rechts vom Sternum. Nach 14 Tagen Exitus im

Anfall. Anatomische Diagnose: Morbus caeruleus; Atresia arteriae pulmonalis; Defectus septi ventriculorum; Foramen ovale apertum; Ductus Botalli persistens; Agenesia lienalis; Thrombus arteriae pulmonalis sinistrae; Cyanosis universalis. Hecker.

P. Kränzle und **H. Rehn**, Ein bemerkenswerter Fall von Leukämie bei einem 9jährigen Knaben. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Klinisch und anatomisch deutliches Bild einer Leukämie, bei der nur der Blutbefund — nur Vermehrung der großen Lymphozyten — gegen die Diagnose sprach. Hecker.

Jules Comby, Appendicite chronique chez les enfants. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Krankheit bietet sehr variable Bilder: anorexische, dyspeptische, konstipatorische Form; Verschleierungen durch zyklisches Erbrechen, durch Colica mucosa, schmerzhafte Menstruation usw. Entscheidend ist immer die Druckempfindlichkeit am Mc Burneyschen Punkt. Warme Empfehlung der Operation im anfallsfreien Intervall. Hecker.

J. Cassel, Die Gefahren der Syphilisübertragung in modernen Säuglingsstationen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Einschleppung der Syphilis in eine Anstalt kann erfolgen durch die Ammen sowohl wie durch Säuglinge, bei denen in der Regel, obwohl sie ohne syphilitische Symptome aufgenommen wurden, die angeborene Lues erst während des Aufenthaltes manifest wird. Die Weiterverbreitung kann erfolgen 1. durch eine syphilitische Amme auf ein fremdes von ihr gestilltes Kind; 2. durch ein mit syphilitischen Eruptionen behaftetes Kind auf die stillende Amme und von dieser auf ein oder mehrere andere Kinder; 3. durch grobe Fahrlässigkeit einer Wärterin von einem Pflegling auf den andern; 4. kann die Wärterin sich selbst bei der Pflege eines syphilitischen Säuglings infizieren.

Der Kampf gegen das Eindringen der Syphilis in eine Anstalt ist zunächst ein prophylaktischer. Ammen, die luesverdächtig sind, müssen zurückgewiesen werden. Jeder neuaufgenommene Säugling ist bezüglich der Lues ganz besonders sorgfältig zu explorieren. Bei Ammen und Säuglingen ist unausgesetzt auf das erste Auftreten syphilitischer Erscheinungen zu fahnden. Das hierbei eingeschlagene Verfahren wird eingehend geschildert. Die mitgeteilten Erfahrungen sind durchaus günstige. Der Zeitpunkt des Auftretens der ersten syphilitischen Symptome schwankt zwischen 4 und 13 Wochen. Unter den ersten Symptomen sind beachtenswert der Gewichtsstillstand und das dem Exanthem vorausgehende Fieber. Relativ häufig wurde das Fehlen der Rhinitis syphilitica notiert. Die allgemein gültigen Maßnahmen gegen die Einschleppung der Syphilis bedürfen dringend einer Erweiterung. Es sind erforderlich ein geschultes Pflegerinnen- und ärztliches Hilfspersonal und als Leiter der Anstalt ein Arzt, der mit der Pathologie der Säuglinge in langjähriger Erfahrung vertraut ist. Wo diese Voraussetzungen fehlen, kann in einer Säuglingsabteilung großes Unheil angerichtet werden. Entsprechende Mahnung an Behörden und Vereine und Ärzte, die solche Stationen einrichten, bzw. leiten sollen. Hecker.

B. Vas, Zur Frage der lordotischen Albuminurie. (Aus dem Laboratorium der Poliklinik in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 34.) Durch die Untersuchungen V.s wurde erwiesen, daß im Pubertätsalter Orthostatien mit und ohne Lordose fast in gleicher Zahl vorkommen und daß andererseits auch Lordosen ohne Albuminurien bestehen können. Durch diese Befunde jedoch wird das Verdienst Jehles nicht geschmälert, der als Erster auf die mechanischen Momente beim Entstehen von Albuminurien hingewiesen und hierfür auch sichere Beweise geliefert hat. Unter den verschiedenen Momenten, welche durch Behinderung des Blutzuflusses in den Nieren eine Albuminurie hervorrufen können, kommt demnach in vielen Fällen auch der Lordose eine wichtige Rolle zu. Sie kann jedoch beim Entstehen der orthostatischen Albuminurie als die alleinige Ursache nicht betrachtet werden. Grätzer.

Th. Escherich, Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Skrofulose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 38.) Referat, erstattet in der Sektion für Kinderheilkunde des Internationalen medizinischen Kongresses in Budapest 1909. Grätzer.

J. Bauer, Zur Biologie des Kolostrums. (Aus der Klinik f. Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Ebenda.) B. zeigt, daß im Kolostrum noch besondere, der Milch nicht eigene Eiweißstoffe vorhanden sind, die sich auch im Blutserum des betreffenden Tieres vorfinden. Wir müssen ferner annehmen, daß das Kolostrum einen großen Teil seiner Bestandteile zum wenigsten aus dem Säftebestand des Organismus bezieht, während die Milch durchweg ein Produkt der Milchdrüsen ist. Die Bedeutung des Kolostrums hätten wir danach darin zu sehen, daß zwischen der fötalen Zeit, in der die Frucht vollständig durch das Blut der Mutter ernährt wird, und der Zeit, in der der Säugling auf das Drüsensekret der Mutter, die Milch, angewiesen ist, eine kurze Periode eingeschaltet ist, in der neben dem reinen, spezifischen Drüsenprodukt der Mutter noch teilweise Bestandteile aus dem Blut- und Säftebestand der Mutter direkt dem Neugeborenen zugeführt werden, die Übergangsperiode der Kolostralernährung.
Grätzer.

Durlacher (Ettlingen), Über kongenitalen doppelseitigen Anophthalmus. (Ebenda.) D. schildert den Status praesens seines Falles wie folgt:

„Die Augenlider sind geschlossen und liegen trichterförmig in der Tiefe der Augenhöhle. Diese scheint auf den ersten Blick leer. Die Lidränder sind gut entwickelt, anch Lidhaare sind vorhanden. Die Lidspalte ist schwach, 1 cm lang. Die Lidränder lassen sich in der Tiefe des Trichters etwas auseinanderheben, man sieht dann eine rötliche, der Konjunktiva entsprechende Haut. Bei stärkerem Auseinanderziehen der Falten ist hinten ein Streifen einer weißlich glatten Haut sichtbar. Die Lidspalte ist mit einer geringen Menge einer wäßrigen, trüben Flüssigkeit bedeckt. Beim Betasten ist die Augenhöhle leer, und beim Sondieren ist die Unterlage der Augenlider ganz glatt. Die knöcherne Umsäumung der Augenhöhle ist 3 cm breit und 1,4 cm hoch. Sonstige Mißbildungen sind nicht wahrzunehmen,

nur beide Ohren relativ groß und das rechte um $^1/_2$ cm länger als das linke. Das Kind erhält die Mutterbrust, trinkt und nimmt körperlich zu.

Grätzer.

L. Halberstädter (Berlin) und **S. v. Prowaczek** (Hamburg), Über Chlamydozoenbefunde bei Blennorrhoea neonatorum non gonorrhoica. (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 41.) Unter dem Namen „Chlamydozoen" haben die Verff. bekanntlich eine Gruppe von Mikroorganismen zusammengefaßt, welche die Eigentümlichkeit eines vorwiegend intrazellulären Lebens besitzen. Sie halten diese „Zelleinschlüsse" für spezifisch für das Trachom. Nun wollen Stargandt und Heymann dieselben auch bei Blennorrhoea neonatorum gefunden haben. Letzterer bringt die Gebilde mit dem gonorrhoischen Prozeß in Zusammenhang und hält sie für Reaktionen der Zelle auf das gonorrhoische Virus. Es galt nun nachzuweisen, ob wirklich die Gonorrhoe mit den Zelleinschlüssen etwas zu tun habe.

Die Verff. untersuchten Gonorrhoen des männlichen und weiblichen Genitalapparates, fanden aber die Gebilde nicht. Ebenso fiel die Untersuchung bei gonorrhoischer Blennorrhoea neonatorum stets negativ aus. Dagegen wurden in 5 Fällen, die klinisch ebenfalls als Ophthalmoblennorrhoe aufgefaßt werden mußten, die Zelleinflüsse entdeckt, aber keine Gonokokken.

Durch diese Untersuchungen ist also die Unabhängigkeit der Epitheleinflüsse von gonorrhoischen Prozessen klargestellt. Es gibt eine Gruppe nicht gonorrhoischer Blennorrhoen der Neugeborenen, bei denen Chlamydozoen vorkommen und die ebenfalls als Epitheliose aufzufassen sind, wie das Trachom.

Grätzer.

S. Weiß, Ein seltener Fall von zystischer Erweiterung des Ductus choledochus. (Aus dem Krankenhause der Deutsch-Israelitischen Gemeinde zu Hamburg.) (Ebenda.) W. bringt folgende Krankengeschichte:

Anamnese: Knabe H. R., 6 Jahre alt. Eltern gesund, zwei Geschwister sind früh an Lungenkrankheiten gestorben, zwei andere leben. Er war immer ein schwächliches Kind, welches nie gesunde Gesichtsfarbe zeigte. Mit 1 bis 2 Jahren litt er an englischer Krankheit. Mit 3 Jahren mußte er wegen Beckenknochenvereiterung operiert werden, erholte sich jedoch nach dieser Operation zunächst ganz gut. Im März vorigen Jahres trat plötzlich eine Gelbfärbung der Haut auf, verbunden mit heller Färbung des Stuhls, dunkler des Urins; dabei klagte Pat. über Leibschmerzen. Nach einigen Tagen war jedoch ohne Behandlung alles wieder verschwunden. Im November wiederholte sich der eben geschilderte Zustand mit ganz demselben Verlaufe. Seitdem jedoch verschlechterte sich das Aussehen des Kindes, es nahm an Gewicht nicht mehr zu, der Appetit ließ nach, und der früher lebhafte Knabe wurde sehr ruhig und klagte auch von Zeit zu Zeit über Leibschmerzen.

Um Weihnachten herum fiel der Mutter eine allmähliche Zunahme des Leibesumfangs und eine harte Stelle in demselben auf. Da im Laufe der nächsten Monate das Aussehen des Kindes sich zusehends verschlechterte und die Anschwellung im Leibe immer deutlicher hervortrat, erfolgte schließlich Mitte Juni seine Aufnahme ins Krankenhaus.

Status praesens: Kleiner, schmächtiger Knabe von schlechtem Ernährungszustand. Brünette Färbung der Haut, Skleren weiß. Puls langsam, wenig gespannt und gefüllt. Ruhige, gleichmäßige Atmung. Brustorgane o. B.

Das Abdomen überragt bedeutend das Thoraxniveau; im unteren Abschnitt ist es weich und ohne Druckschmerzhaftigkeit, dagegen wird die ganze obere

Partie bis zum Nabel herab eingenommen von einem harten, nicht schmerzhaften, mit der Atmung stark verschieblichen Tumor, der sich nach oben hin kontinuierlich in die Leberdämpfung fortsetzt, deshalb als diesem Organ zugehörig angesehen wird. Die Oberfläche der Leber ist glatt, der scharf zugespitzte Rand verläuft von der Spitze der linken XII. Rippe bogenförmig zum Nabel, von hier wieder im Bogen nach aufwärts bis zum axillaren Teil der XI. Rippe. Unterhalb des Randes rechts fühlt man ein kugeliges, etwa faustgroßss, hartes Gebilde, welches sich nach der Tiefe zu verliert, etwas weiter oberhalb, dicht unter dem Rippenbogen gelegen, eine ca. fünfmarkstückgroße Partie, welche das Gefühl der Fluktuation gibt. Milz nicht palpabel.

Urin klar, gelblich-braun gefärbt, enthält weder Eiweiß, Zucker, noch Urobilin.

Es wird das Vorhandensein einer Echinokokkuszyste angenommen, was unterstützt wird durch die nachträgliche Angabe der Eltern, daß der Knabe im vorigen Jahre bei Verwandten viel mit Hunden gespielt hätte.

Am nächsten Tag Probepunktion der oben beschriebenen, weichen fluktuierenden Partie mit feinster Punktionsnadel: Man erhält eine klare gelblichgrüne Flüssigkeit, in welcher mikroskopisch kein Befund zu erheben ist.

Bald nach der Punktion klagt Pat. über Leibschmerzen und wird unruhig. Nach $^3/_4$ Stunden Erbrechen, verfallenes Aussehen, Blässe und Kälte der Extremitäten. Puls klein, sehr weich, arhythmisch. Abdomen auch im unteren Abschnitt aufgetrieben, prall gespannt und äußerst schmerzhaft. Erst nach einigen Stunden tritt Besserung auf Kampherölinjektion und Opiumzäpfchen ein; doch bleibt eine Spannung der Bauchdecken am Orte der Punktion bestehen. Jetzt tritt auch eine allmählich zunehmende Gelbfärbung der Haut und der Schleimhäute auf, der Urin wird dunkelbraun, der vorher normale Stuhl grauweiß, und es bleiben Temperatursteigerungen bestehen.

Pat. wird nunmehr auf die chirurgische Abteilung verlegt, und es wird beschlossen, die operative Eröffnung der angenommenen Echinokokkuszyste in zwei Zeiten vorzunehmen.

Operation (Oberarzt Dr. Alsberg): Am 28. VI. wird in Äther-Chloroformnarkose die Bauchhöhle eröffnet durch einen 8 cm langen, parallel dem Rippenbogen und zwei Finger breit unter ihm gelegenen Schnitt. Bei Spaltung des Peritoneums fließen einige Tropfen einer klaren, gelblichen Flüssigkeit ab. Man sieht eine prallgefüllte Blase liegen; nach oben zu einige fibrinöse Auflagerungen.

Beim Versuch, die Blasenwand mit dem Bauchfell zu vernähen, schneidet der Faden stets durch. Es werden deshalb nur Peritoneum und Bauchdecken vermittels drei durchgreifender Nähte vereinigt und die Wundhöhle mit Vioformgaze austamponiert.

Nach drei Tagen Eröffnung der Blase mit dem Thermokauter: Es entleeren sich 800 ccm einer wenig getrübten, galligen Flüssigkeit, doch keine Blasen. Die mikroskopische Untersuchung fördert ebenfalls keine charakteristischen Bestandteile einer Echinokokkuszyste zutage, und die chemische Prüfung auf Bernsteinsäure fällt negativ aus. Die Zyste wird drainiert, dann loser Verband.

Von nun an erfolgt profuse Gallensekretion aus der Zyste. Der Stuhlgang, welcher einmal, am Tage nach der Operation, gefärbt gewesen, wird wieder acholisch. Da der Verlauf der Operation und die Folgeerscheinungen die Diagnose „Echinokokkus“ als hinfälliger wiesen haben, wird der Gedanke einer nochmaligen Operation zwecks Beseitigung der Acholie erwogen. Doch muß wegen des schlechten Befindens des Pat. davon Abstand genommen werden. Letzterer verfällt trotz reichlicher Anwendung der verschiedensten Analeptica mehr und mehr — anscheinend infolge des starken Gallenverlustes —, bis schließlich am 9. Tag nach der Operation der Exitus erfolgt.

Sektionsbericht (Dr. Michael): Brustorgane o. B. Nach Eröffnung des Peritoneums liegt die etwas vergrößerte und leicht ikterisch gefärbte Leber vor, am unteren Rande überragt von einer kinderfaustgroßen, schlaffwandigen Zyste mit derber Wandung, aus welcher ein Drain herausragt. Nach Inspektion der normal befundenen übrigen Abdominalorgane — Milz, Nieren, Pankreas, Darm — wird die Leber mit der Zyste und dem größten Teil des angrenzenden Duodenums herausgenommen und die Zyste völlig eröffnet.

Sie ist von einer derben, 3 mm dicken Wandung gebildet, die auf der

Innenseite zahlreiche kleine grubige Vertiefungen aufweist. Nach rechts zu gelangt man durch eine kreisrunde Öffnung in einen 5 cm langen Hohlgang (Ductus cysticus), der in die fingerdicke ca. 3 cm lange Gallenblase führt. Nach der Leber zu ist die Zyste durch eine spornartige Erhebung scharf abgesetzt, dann setzt sie sich vermittels eines zuerst daumenbreiten, dann enger werdenden Ganges in die Lebersubstanz hinein fort (Ductus hepaticus).

Die Zyste beginnt also an der Vereinigung des Ductus cysticus und hepaticus und muß demnach als dem Ductus choledochus zugehörig angesehen werden, von dem sonst nichts zu entdecken ist. Eine Mündung der Zyste in das Duodenum festzustellen, erweist sich jetzt nach ihrer Eröffnung und nur teilweisem Vorhandensein des Duodenums als unmöglich; ebensowenig gelingt die Auffindung der Öffnung an dem in der Leiche zurückgebliebenen Teil des Duodenums.

Der Ductus hepaticus und seine Hauptäste erweisen sich als mäßig erweitert; die Gallenblase selbst stellt nach dem Aufschneiden einen schlaffen Sack mit dünner atrophischer Wandung dar.

Die mikroskopische Untersuchung der Zystenwand ergibt, daß sie aus einem strukturlosen, faserigen Bindegewebe ohne Epithelbelag besteht. Die Leber bietet das Bild einer interstitiellen Entzündung: starke Bindegewebsvermehrung mit teilweiser Zerstörung der charakteristischen Läppchenzeichnung durch Eindringen von Bindegewebe in die Acini. Veränderungen an den Gefäßen und Neubildung von Gallengangskapillaren nicht sichtbar.

Anamnese und Palpationsbefund sprachen in dem eben beschriebenen Falle deutlich für das Vorhandensein eines Echinokokkus. Als bei Entleerung der großen Zyste keine einzige Blase sich fand und auch der mikroskopische sowie chemische Befund kein Charakteristikum des Echinokokkus aufwies, wurde zwar die Ansicht laut, daß eine andere Erkrankung vorliegen müsse, doch vermochte erst der Sektionsbefund Klarheit in den Fall zu bringen, insofern er feststellte, daß es sich überhaupt nicht um eine primäre Erkrankung der Leber, sondern der Gallenwege handelte. Die Ursache der Zystenbildung indessen vermochte auch die Sektion nicht ohne weiteres aufzuklären.

Für einen chronisch-entzündlichen Prozeß, z. B. Lues, findet sich in der mit Rücksicht darauf aufgenommenen Anamnese und bei dem normalen Verhalten aller anderen Organe nicht der geringste Anhaltspunkt. Eine akute Erkrankung läßt sich noch weniger als ursächliches Moment hinstellen. Somit bleibt nur die Möglichkeit, daß wir es hier mit einer kongenitalen Anomalie zu tun haben, die ihren Sitz im Ductus choledochus hat.

Ein vollkommener Verschluß im Gebiet der Duodenalpapille kann nicht bestanden haben — wenn auch bei der Sektion eine Sondierung nicht möglich war —, denn abgesehen von kurzen Intervallen im Jahre vorher, bestand bis kurz vor der Operation keine Acholie. Es müssen aber unbekannte mechanische Verhältnisse im Ductus choledochus selbst dahin geführt haben, daß nur ein Teil der Galle sich aus ihm entleerte, ein Teil jedoch zurückblieb und dadurch den Gang allmählich in eine kugelige Zyste umwandelte. Nachdem diese ad maximum gedehnt war, griff die Gallenstauung auch auf die Gallenblase und die anderen Ausführungsgänge über, und in der Leber gingen dieselben Veränderungen vor sich, wie wir sie bei Choledochusverschluß aus anderen Ursachen her kennen. Von Zeit zu Zeit ererfolgte dann — analog der intermittierenden Hydronephrose — eine vollkommene Abknickung des großes Sackes, welches sich durch Leibschmerzen, Ikterus und Acholie äußerte. **Grätzer.**

M. Klotz, Zur Antifermentbehandlung eitriger Prozesse beim Säugling. (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 42.) Kl. kann die Antifermentbehandlung — er benutzte die Leukofermatingaze — für den Säugling nicht empfehlen. Unter 20 Fällen kamen 2 Todesfälle vor, die sicher auf die Behandlung zurückzuführen waren. Es fehlt dem Präparat jede bakterizide Fähigkeit, und so kann es unter Umständen wohl zur Produktion von Toxinen kommen, deren Resorption deletäre Wirkungen ausübt. Die Antifermentbehandlung schien in beiden Fällen den Infektionserregern geradezu den Weg zur Allgemeininfektion gebahnt zu haben, und so wurde aus einer nicht einmal besonders schweren lokalen Affektion ein allgemeiner Prozeß.

Auch die therapeutischen Resultate waren nicht gleichmäßig; öfters versagte die Behandlung vollkommen. Grätzer.

F. Czekkel, Proteolytische Fermente in den Säuglingsfäzes. (Aus dem Weißen Kreuz-Kinderspital in Budapest.) (Ebenda.) Die Untersuchungen ergaben, daß die Fäzes der Säuglinge immer proteolytisch wirken. Auch das Mekonium erwies sich immer verdauungskräftig.

Praktisch können wir folgern, daß die Fermentherapie der Verdauungsstörungen der Säuglinge einen Wert nicht besitzt. Grätzer.

Ritter und Vehling, Kindheitstuberkulose und Immunität. (Aus der Hamburgischen Heilstätte Edmundsthal.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 43.) Die Tuberkulose ist in der überwiegender Zahl der Fälle eine in der Kindheit erworbene Krankheit. Das ergibt schon die Erfahrung bei — genau aufgenommenen — Anamnesen. Solche haben die Verff. aufgenommen, und es ergab sich, daß von 200 erwachsenen, an chronischer Lungentuberkulose leidenden Personen bei 165 eine Kindheitsinfektion mit Tuberkulose nachzuweisen war, also bei 82,5 %. Von den 15 Frauen und 22 Männern, bei denen der anamnestische Nachweis der Kindheitstuberkulose nicht gelang, waren 6 Frauen und 8 Männer in tuberkulösen Familien großgeworden, d. h. mit sicher tuberkulösen Eltern oder Geschwistern zusammen aufgewachsen. Die Wahrscheinlichkeit, daß sie dabei mit Tuberkelbazillen infiziert worden sind, liegt außerordentlich nahe, nur hat der „Primäraffekt“ einer solchen Infektion in diesen Fällen entweder wirklich gar keine bemerkbaren Symptome gemacht, oder sie sind so geringfügig gewesen, daß sie übersehen oder vergessen wurden.

Man kann heute Folgendes sagen:

Der bei weitem überwiegende Teil der Menschen kommt schon in seinen ersten Lebensjahren mit den Tuberkelbazillen in Berührung. Als Zeichen einer solchen tuberkulösen Infektion haben wir die „skrofulösen“ Erscheinungen, natürlich auch die ausgesprochene Knochen- und Drüsentuberkulose anzusehen. Je stärker die Infektion ist, desto mehr geht das Krankheitsbild von dem Bilde der reinen „Skrofulose“ zum Bilde der eigentlichen Tuberkulose über; einer „massigen“ und immer wiederholten Infektion ist aber auch der lymphatische Apparat des kindlichen Organismus nicht mehr gewachsen. Er erliegt in

solchen Fällen verhältnismäßig rasch und unter dem Bilde einer akuten Erkrankung (Lungen-, Peritoneal- und Hirnhauttuberkulose).

In tuberkulösen Familien ist naturgemäß die Wahrscheinlichkeit einer solchen „massigen“ Infektion ungleich wahrscheinlicher als in einer tuberkulosefreien Umgebung, wo die Infektion nur durch die viel spärlicheren und gelegentlichen Beimengungen von Tuberkelbazillen in Staub und Schmutz erfolgt, die viel wirksamere Infektion von Mensch zu Mensch aber zu den Ausnahmen gehört. In den meisten Fällen gelingt es dem kindlichen Organismus, der Infektion mehr oder weniger Herr zu werden; in den schweren Fällen wenigstens in so weit, daß die befallene Person nicht zugrunde geht. Mit dieser Überwindung ist aber die Einleitung einer entsprechenden Immunität gegen die eingedrungenen Tuberkelbazillen gleichbedeutend. Werden diese im Verlauf der Immunisierungsvorgänge vernichtet oder durch vollständige Abkapselung dauernd unschädlich gemacht, so hat sich damit der Mensch einen hohen Grad von Festigkeit gegen die Erkrankung an Tuberkulose im späteren Leben erworben. In vielen Fällen aber wird noch nicht dieses günstige Ergebnis, sondern nur ein gewisser Ruhezustand — Latenz — erreicht. Das Heer der blutarmen, schwächlichen, „hochgradig bleichsüchtigen“, „erethischen“ jungen Mädchen und Jünglinge, alle Prophylaktiker und tuberkulosegefährdete und -verdächtige Menschen zwischen 10 und 20 Jahren, sind der Ausdruck dieser noch nicht völlig erreichten Immunität gegen die in den Körper eingedrungenen Tuberkelbazillen.

Sie kann natürlich im Laufe der Zeit, besonders unter günstigen äußeren Bedingungen allmählich zu einer vollkommenen Immunität, d. h. zu einer Ausheilung führen, ebenso kann aber auch der schon erworbene mehr oder weniger hohe Grad der Immunität dauernd oder vorübergehend wieder geringer werden; die chronische Lungenphthise als „tertiäre“ Form der Tuberkulose (Petruschky) ist die Folge einer solchen ungenügenden Immunität. Ob dabei mehr äußere Umstände — die bekannten und oft aufgezählten Schädigungen beim „Kampf ums Dasein“, der ja am Ende des zweiten Lebensjahrzehntes einsetzt — oder innere Vorgänge die Hauptrolle spielen, ist für den Kliniker natürlich nicht zu entscheiden; ob das Gebiet für den experimentellen Bakteriologen erschließbar ist, muß die Zukunft lehren. Denkbar ist es immerhin, daß auch innere Immunisationsvorgänge dabei in Betracht kommen, insofern man doch annehmen muß, daß auch der Tuberkelbazillenstamm sich seinem Wirt, dem Nährboden, auf dem er wächst, im Laufe langer Jahre anpaßt und so die doch nur bedingte Immunität wieder überwindet. Zuzugeben ist endlich natürlich auch die Möglichkeit, daß erneute Infektionen den Kampf zwischen Tuberkelbazillen und Körper zu ungunsten des letzteren entscheiden können, obwohl uns vom klinischen Standpunkt aus hierfür nur wenig Beweise vorgekommen sind. Hierher zu zählen wären vielleicht die Fälle einer Infektion eines Ehegatten durch den andern, wie wir sie zwar selten, aber doch sicher beobachtet zu haben glauben.

Aus diesen Anschauungen ergeben sich aber ohne weiteres drei Gesichtspunkte für die Bekämpfung der Tuberkulose:

1. Entfernung der bazillenstreuenden Phthisiker aus den Wohnungen und Familien, um eine „massige“ Infektion, besonders der Kinder zu verhüten.

2. Sorgfältige und langdauernde Behandlung der skrofulösen oder bereits tuberkulösen Kinder — was wohl nur einen Unterschied dem Grade nach bedeutet —, um nach Möglichkeit eine völlige Ausheilung der Tuberkulose zu erreichen.

3. Auffrischung der erlahmenden Immunität erwachsener Tuberkulöser gegen die Tuberkulose durch einmalige oder wiederholte Heilstättenbehandlung, um so einen Übergang der gutartigen Tuberkulose in die nach wie vor unheilbare und ansteckende „Phthise“ — Lungenschwindsucht — zu verhüten. Daß die Behandlung der Tuberkulose bei Kindern und Erwachsenen zwar im wesentlichen nach den bekannten hygienisch-diätetischen Maßnahmen erfolgen muß, liegt auf der Hand — aber auch die Tuberkulinbehandlung, die ja freilich bisher leider nur eine teilweise Immunität erzeugen kann, muß bei dieser Behandlung, gerade aus der entwickelten Anschauung heraus, eine nicht zu geringe Rolle spielen.

Die dritte Forderung ist wohl in Deutschland im wesentlichen erfüllt mit der natürlichen Unvollkommenheit, die allen menschlichen Einrichtungen anhaftet; auch die zweite Forderung nähert sich — zumal in den letzten Jahren — immer mehr ihrer Erfüllung.

Der ersten Forderung jedoch, die vielleicht die wichtigste und grundlegendste ist, ist bisher nur in beschränktem Maße genügt. Ihre Erfüllung ist unserer Ansicht nach aber nicht Sache der Kreise, die die Heilstättenbewegung ins Leben gerufen haben, sondern der öffentlichen Krankenhäuser, die freilich dazu fast überall einer gründlichen inneren und äußeren Umgestaltung ihrer Tuberkuloseabteilungen bedürfen. Grätzer.

R. Hecker, Über die Herkunft des Harneiweißes bei Kindern. (Aus dem hygienischen Institut der Universität München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 37.) H. beschränkte sich darauf, die ihm zu Gebote stehenden eiweißhaltigen Urine auf präzipitable Anteile von Menscheneiweiß und von Rindereiweiß zu untersuchen. Da eiweißhaltige Harne von Kindern, speziell von Säuglingen, gar nicht so häufig sind, stellten auf sein Ersuchen außer Prof. Pfaundler auch Escherich, Feer, Schlossmann, Finkelstein, Rietschel Material zur Verfügung. Im ganzen bekam H. so Urin von 6 Säuglingen und von 14 größeren Kindern, darunter zum Teil aus verschiedenen Zeiten, und außerdem untersuchte er noch den Urin von 3 Erwachsenen.

In den zur Untersuchung gekommenen Fällen von Albuminurie ließen sich im Harn mit der Präzipitinreaktion 17 mal ausschließlich präzipitable Anteile von menschlichem Eiweiß nachweisen. Das ausgeschiedene Eiweiß war also hier vollständig dem eigenen Körper entnommen. Ein Durchtritt von unverändertem Nahrungseiweiß durch den Darm konnte nicht stattgefunden haben.

Unter den negativen Fällen finden sich 5 Säuglinge. Da jedoch bei einem derselben die Art der Ernährung nicht eruiert werden

konnte und 3 auf Teediät gesetzt waren, bleibt nur ein Säugling, bei dem artfremdes Eiweiß mit Sicherheit überhaupt in den Darm gelangt war. Es litt an Nephritis. Außerdem verhielten sich negativ 9 größere Kinder und die 3 Erwachsenen. Unter den Kindern waren 3 postskarlatinöse Nephritiden, 1 Diphtherie, 2 Nephritiden, 2 orthotische Albuminurien, 1 tuberkulöse Allgemeinerkrankung.

6 Fälle zeigten positive Rindereiweißreaktion. Sie betrafen ein 9monatliches Kind mit Kolizystitis, 2 postskarlatinöse Albuminurien, 1 schweren akuten Masernfall — also 4 akute Infekte, 1 abklingende Nephritis mit unbekannter Ätiologie und 1 lordotische Albuminurie. Diese 5 Kinder standen im Alter von 4—13 Jahren.

In allen diesen 6 Fällen wurde also im Urin neben dem körpereigenen auch artfremdes, aus der Nahrung stammendes Rindereiweiß bzw. präzipitable Stoffe desselben nachgewiesen; in einem Falle vorübergehend ausschließlich fremdes Eiweiß in Spuren.

Da das Fehlen von präzipitabler Substanz im Harn auch das Vorhandensein von Präzipitinen im Blut ziemlich sicher ausschließt, kann man sagen, daß bei geschädigter Niere genuines Eiweiß in der Regel die Darmwand nicht passiert, daß es vielmehr schon in der Darmwand selbst zu Spaltprodukten abgebaut, seiner Arteigenheit beraubt, denaturiert wird. In gewissen Fällen aber, für die sich vorderhand keine Regel aufstellen läßt, treten präzipitable Anteile in die Körpersäfte über, passieren das undicht gewordene Nierenfilter und lassen sich im Harn nachweisen; dies scheint eher bei größeren Kindern als bei Säuglingen eintreten zu können. Akute Infekte geben vielleicht eine besondere Disposition. Es ist anzunehmen, daß unter pathologischen Verhältnissen, wie sie hier vorliegen, wo die Niere in ihrer Funktion beeinträchtigt ist, auch eine gewisse Minderwertigkeit der Darmzellen eingetreten ist, als deren Resultat eine abnorme Durchlässigkeit für Eiweiß erscheint.

Normalerweise ist das Filter für genuines Eiweiß in der Darmwand dicht. Abbauende Kraft des Darmes und andringendes Eiweiß halten sich das Gleichgewicht. Dieses kann aber gestört werden, entweder durch ein Übermaß an aufzuarbeitendem Eiweiß oder durch Minderung der Leistungsfähigkeit des Darmes. Daß eine solche bei bestehender Albuminurie relativ häufig ist, ergibt sich fraglos aus den Untersuchungen. Das die Niere schädigende Moment hat dann auch auf den Darm gewirkt.

Außerdem machte H. noch einen Tierversuch (Kaninchen). Dieser Tierversuch lieferte einen weiteren Beweis dafür, daß eine Schädigung der Niere auch zur Verminderung der Leistungsfähigkeit der Darmwand und zum Durchtritt von genuinem Eiweiß in die Körpersäfte führen kann. Grätzer.

O. Vulpius, Vor und zurück in der Skoliosenbehandlung. (Ebenda.) Trotz der jetzigen vervollkommneten Methoden waren in früheren Zeiten die Resultate der Skoliosenbehandlung besser als heute. Das liegt daran, daß man früher länger behandelte, während

heute alles rasch gehen muß. Skolioseninstitute müßten wieder aufleben und es müßten orthopädische Heilanstalten für Mädchen besserer Stände geschaffen werden, in denen diese Mädchen statt in „Pensionaten" leben könnten. Grätzer.

K. Baisch, Die Vererbung der Syphilis auf Grund serologischer und bakteriolgischer Untersuchungen. (Aus der kgl. Univers.-Frauenklinik München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 38.) Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Für die Ermittlung der Vererbungsgesetze der Lues ist die Wassermannsche Reaktion allein unzulänglich, sie muß mit der bakteriologischen Untersuchung der Frucht und der Plazenta kombiniert werden.

2. Bei negativer Reaktion der Eltern darf nur bei negativem Spirochätenbefund des nicht allzusehr mazerierten Kindes Lues ausgeschlossen werden.

3. Die hämolysehemmende Substanz geht nicht durch die Plazentarscheidewand von der Mutter zum Kind und umgekehrt über.

4. Das Auftreten der hämolysehemmenden Substanz ist an die Anwesenheit von Spirochäten im Organismus geknüpft.

5. Als Ursache der Mazeration und vorzeitigen Absterbens des Kindes kommt in 80% der Fälle Lues in Betracht. Für den Rest ist Nabelschnurumschlingung, Mißbildung der Frucht, Nephritis der Mutter, vielleicht auch Tuberkulose verantwortlich zu machen.

6. Der typische habituelle Abort in den ersten 4 Monaten gehört nicht zur Symptomatologie der Lues.

7. Etwa 75% aller Mütter luetischer Kinder bieten keine oder nur unbestimmte klinische Zeichen von Syphilis.

8. Die Mütter luetischer Kinder sind, wenn sie positiv reagieren, trotz klinischer Gesundheit in Wirklichkeit syphilitisch.

9. Auch die serologisch negativ reagierenden Mütter sind mit größter Wahrscheinlichkeit infiziert. Es handelt sich in diesen Fällen um Versager der Reaktion.

10. Das Collessche Gesetz, das die Immunität der Mütter luetischer Kinder und das Profetasche Gesetz, das die Immunität der Kinder luetischer Eltern aussagt, finden beide ihre Erklärung darin, daß diese Mütter und Kinder sich gegen Infektion mit Syphilis refraktär verhalten, weil sie bereits syphilitisch infiziert sind.

11. Das Collessche Gesetz hat keine Ausnahmen.

12. Die besten Aussichten auf therapeutischen Erfolg und Erzeugung gesunder Kinder bietet eine energische und systematische spezifische Kur vor und besonders während der Schwangerschaft.

Grätzer.

R. Friberger (Upsala), Untersuchungen über das sogenannte Salzfieber und über die Chlorausscheidung beim Säuglinge. (Aus der Akadem. Klinik f. Kinderheilk. zu Düsseldorf.) (Ebenda.) F. hat die Untersuchungen von Schaps, Weiland usw. fortgesetzt und kam zu wesentlich anderen Resultaten. Die genaueren Mitteilungen sollen im Archiv für Kinderheilkunde erfolgen. Grätzer.

P. Zenker, Über eine neue Nasenschiene. (Aus der Kgl. Univers.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Königsberg.) (Ebenda.) Die Schiene ist bestimmt, nach Eingriffen in der Nasenhöhle, die den Zweck haben, den Luftweg frei zu machen, getragen zu werden, damit Verwachsungen, Granulationsbildungen u. dgl. vermieden werden, die sonst den Erfolg der Operation vereiteln. Sie ist aus Neusilber gefertigt und besteht aus zwei winkelförmig zusammenhängenden Schenkeln, die elastisch nach außen federn. Der eine Schenkel ist am freien Ende leicht nach außen umgebogen. Nach dem winkelförmig zusammenhängenden Ende zu sind die Branchen leicht verjüngt. Von diesem Modell (Hersteller: Firma Pfau in Berlin) sind 5 verschiedene Größen vorhanden, deren kleinste 6 cm — sie zeigte sich für das Offenhalten der Nasen von Kindern verwendbar, bei denen Atresien durchtrennt worden waren —, deren stärkste 8,5 cm Branchenlänge besitzt. Das winkelförmige Ende ist für den hinteren Teil des unteren Nasenganges bestimmt, das auseinanderklaffende für den vorderen, und zwar so, daß das leicht nach außen umgebogene Ende der Nasenseitenwand, das gerade verlaufende dem Septum anliegt. Die kleine Ausbiegung, die für die Kornzange, Pinzette oder Finger sicher zu fassen ist, dient zum Einführen bzw. Herausnehmen der Schiene. Nach Einführung derselben ist der Patient imstande, durch die Nasenhälfte zu atmen, Sekrete fließen gut ab, die Besichtigung durch den Arzt wird nicht behindert. Grätzer.

F. Lust, Über die antiproteolytische Substanz im Blutserum gesunder und kranker Säuglinge. (Aus der Univers.-Kinderklinik und der biolog.-chem. Abteilung des Krebsinstitutes in Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 40). Aus den Untersuchungen ließ sich die Schlußfolgerung ziehen, daß die Artophie des Säuglings nicht mit einer Erhöhung der antiproteolytischen Substanz einhergeht, und daß daher jene kachektischen Zustände des Säuglings, wie sie als Folgezustand einer chronischen Ernährungsstörung im Bilde der Atrophie uns vor Augen treten, anderen Stoffwechselvorgängen ihre Entstehung verdanken als die Kachexien der Erwachsenen.

Aus Versuchen ging auch hervor:

1. Besteht die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Zellverfall und Antifermenterhöhung zu Recht, dann muß auch in diesen Fällen mit akuter Dyspepsie ein Zerfall von Zellsubstanz bestehen.

2. Die alimentäre Intoxikation ist eine Ernährungsstörung, die von der akuten Dyspepsie nicht wesensverschieden ist, sondern nur eine Steigerung von Stoffwechselstörungen darstellt, die zum Teil auch bei der akuten Dyspepsie vorliegen — eine Annahme übrigens, zu der auch Finkelstein auf Grund von klinischen Erfahrungen hinneigt.

Als Fazit war diesen Untersuchungen jedenfalls das zu entnehmen, daß der Eiweißstoffwechsel in näherer Beziehung zu dem proteolytischen Antifermentgehalte des Blutserums steht, und daß ein Zerfall von Zelleiweiß vom Organismus mit einer Vermehrung dieses Antifermentgehaltes beantwortet werden kann. Damit sei aber keineswegs die Behauptung aufgestellt, daß die Vermehrung stets auf diese

Weise zustande kommen muß. Vielmehr glaubt L., daß man für eine Reihe von Erkrankungen an der Bedeutung der polynukleären Leukozyten ohne weiteres festhalten muß.

Grätzer.

L. Reinhardt, Eine Vergiftung mit unreifen Nieswurzsamen. (Ebenda.) R. hat im Monat August v. J. eine eigentümliche Vergiftung durch bloßes Berühren und Spielen mit den unreifen Samen dieser Pflanze beobachtet, die ganz einzig dasteht.

Ein mit den übrigen Familienmitgliedern in der Sommerfrische weilendes 7jähriges Mädchen brach sich am Waldesrand in Langenbruck im Basler Jura eine fruktifizierende Staude der weißen Nieswurz ab. Zu Hause öffnete sie im Spiele die noch grünen Fruchthüllen, um die unreifen Samen herauszunehmen und sie auf einen Haufen zu legen. Bald darauf begannen sämtliche damit in Berührung gekommene Fingerspitzen der rechten Hand stark zu brennen und es entwickelten sich große, mit gelblichem Serum erfüllte Blasen, die vollkommen Brandblasen glichen, die stark schmerzten, aber unter einem Schutzverband im Laufe von 8 Tagen abdorrten. Das war aber nicht alles, sondern die Hauptsache kam nach. Einige Tage nach der Bildung der Blasen an den Fingerspitzen der rechten Hand stellte sich allgemeines Unwohlsein mit Appetitlosigkeit und mäßigem Fieber während mehrerer Tage ein und es bildeten sich an der Zungenspitze, am Gaumen und am Zahnfleisch zahlreiche ebensolche mit Serum gefüllte Blasen, die äußerst schmerzhaft waren und das mit großer Mattigkeit und Kopfschmerzen behaftete Kind während fast 8 Tagen zu fast absoluter Speiseenthaltung zwangen, wodurch natürlich eine ziemliche Entkräftung herbeigeführt wurde.

Wie das Kind bestimmt versicherte, hat es die unreifen Samen der weißen Nieswurz, deren Staude es vorwies, so daß R. die Art der Pflanze mit Sicherheit festzustellen vermochte, niemals in den Mund genommen, sondern dieselben nur herausgebrochen und damit kurze Zeit gespielt. Dabei ist es nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, daß es ohne zu wissen, daß es Gift an den Fingern habe, in den Mund griff und auf diese Weise sich eine starke Entzündung der Schleimhaut und eine allgemeine Vergiftung zuzog.

Dieser Fall beweist aufs neue, wie sorgfältig Kinder beim Spielen beaufsichtigt werden sollten, damit ihnen nicht unwissentlich schweres Leid widerfahre, besonders in solchen Fällen, wo die gepflückte Pflanze so harmlos, wie diese, aussieht.

Grätzer.

Muskat, Angeborene familiäre Kontraktur des kleinen Fingers. (Medizin. Klinik. 1909. Nr. 39.) M. hat eine Anzahl von Fällen photographisch und röntgenologisch festgestellt, welche Kontrakturen zwischen Grund- und Mittelglied der kleinen Finger zeigten. In allen Fällen konnte auch er nachweisen, daß Erblichkeit vorliegt, indem Eltern oder Geschwister ähnliche Mißbildungen aufweisen.

Es hat sich nun aus den Röntgenbildern ergeben, daß nicht nur eine Veränderung der Hautbedeckung, wie sie von den früheren Autoren angegeben ist, sondern auch eine Veränderung in den Gelenken selbst vorliegt.

Die Erscheinungen sind anfangs recht geringfügige. Es besteht eine kaum wahrnehmbare Beugung zwischen Grund- und Mittelphalange der kleinen Finger. Die Rückwärtsbeugung und Überstreckung ist ohne Schwierigkeiten aktiv und passiv möglich, aber nicht so ausgiebig wie auf der gesunden Seite.

Die Gelenkverhältnisse sind nur scheinbar normale, denn die Mittelphalanx steht weiter nach der Volarseite zu, als es sonst der Fall zu sein pflegt.

In diesem Stadium könnte man wohl bei rechtzeitiger Erkenntnis und Behandlung für späterhin normale Verhältnisse schaffen. Nun wird aber im täglichen Gebrauch der kleine Finger fast nie völlig gestreckt, und erst sekundär tritt dann die Schrumpfung der Haut ein.

Es erscheint so auch auf anderen Bildern nicht sowohl eine Schrumpfung der Haut bzw. eine Schwimmhautbildung, als vielmehr die schon oben erwähnte Verschiebung des proximalen Gelenkendes der Mittelphalanx nach der Volarseite zu.

In noch weiter vorgeschrittenen Stadien haben sich dann noch Knochenwucherungen gebildet, der dorsale Teil des distalen Gelenkendes der Grundphalanx ist verödet und die Bewegungen spielen sich ausschließlich in den volar gelegenen Partien ab.

Von einer Ankylose kann aber eben deshalb keine Rede sein, weil noch in allen beobachteten Fällen eine Beweglichkeit, besonders im Sinne der Beugung vorhanden war; es besteht vielmehr in älteren Fällen eine Subluxation. Es erscheint deshalb auch zweifelhaft, ob man diese Affektion als Mißbildung im engeren Sinne bezeichnen darf; zweckmäßiger ließe sich die Stellung in Einklang bringen mit der Stellung der Tierkralle, sodaß eher eine atavistische Rückbildung als Ursache anzusprechen wäre. Grätzer.

Kafemann, Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter. (Medizin. Klinik. 1909. Nr. 40.) K. entschloß sich einen 12jährigen, mit typischen Adenoiden und mäßig vergrößerten Tonsillen behafteten Knaben zu operieren, obwohl aus der Anamnese hervorging, daß er es mit einem Bluter zu tun hatte. Allerdings sollten die Eingriffe erst probeweise und unter großen Kautelen vor sich gehen. Erst machte er eine Probeexzision an der rechten unteren Tonsille; es trat weder unmittelbar nachher, noch einige Stunden später eine Blutung auf, ja es blutete überhaupt nicht. Eine Woche später wurde die ganze Tonsille mit der Hartmannschen schneidenden, von der Firma Pfau modifizierten Zange entfernt. Die Blutung nach dieser Operation war gleichfalls unbeträchtlich, es fand auch keine Nachblutung statt. Eine Woche später Entfernung eines etwa bohnengroßen Lappens der Adenoiden mit der kalten Schlinge von vorne. Wiederum nur äußerst geringe Blutung. Keine Nachblutung. Nun glaubte K. berechtigt zu sein, die Adenoiden in der tausende von Malen von ihm ausgeführten Weise mittels des Gottsteinschen Messers (Fabrikant Detert, Berlin) zu enfernen. Nach sorgfältiger Kokainisierung entfernte er in zwei Zügen die Adenoiden. Die Operation konnte bei dem ganz ungewöhnlich ruhigen Knaben in einer selten vollkommenen Weise ausgeführt werden. Der links und rechts aufgesetzte vorzüglich schneidende Gottstein entfernte, ohne daß ein besonderer Kraftaufwand dabei nötig gewesen wäre, die gesamten Tonsillen; nicht der geringste Widerstand setzte sich der Schnittführung entgegen. Es verlief auch diese Operation unter ganz geringem Blutverlust. Jetzt glaubte K. in bezug auf

diesen Knaben die Berechtigung der Annahme einer hämophilischen Disposition bezweifeln zu müssen. Leider triumphierte er zu früh. Um 12 Uhr hatte er die Operation vorgenommen, aber schon um 3 Uhr nachmittags wurde er von der in seinem Hause wohnenden Mutter mit der Angabe geholt, daß soeben eine starke Blutung aus der linken Nasenseite eingesetzt hätte. Mit den zur Blutstillung bestimmten, stets gebrauchsfertig bei ihm zusammengestellten Drogen und Instrumenten bewaffnet, begab er sich zu dem Patienten. In der Tat konstatierte er eine kontinuierliche und sehr starke Blutung und zwar vorwiegend aus der linken Nasenseite. Die sofortige Kompression der Wunde erschien absolut erforderlich. Das Verfahren ist in kurzen Worten folgendes: Der mit steriler Gaze umwickelte Kompressor nach Schütz wird mit einer Adrenalinlösung (1,0 : 1000,0) stark befeuchtet; dann werden mehrere Tropfen von flüssig gemachtem Acid. trichlor. acet. auf die konkave Seite heraufgeträufelt, das Ganze wird reichlich mit Kokain bepudert. Mit einem feinen rechtwinklig abgekrümmten Haken wird der weiche Gaumen nach vorn gezogen und dann das derartig armierte Instrument auf die blutende Fläche geschoben, dieselbe längere oder kürzere Zeit komprimierend. Eine Kompression von der Dauer von 2—3 Minuten hat sich stets selbst in den schwersten Fällen von Nachblutung zur definitiven Stillung der Blutung als ausreichend erwiesen. Auch hier stand nach 2 Minuten die Blutung. Aber nach einigen Stunden kehrte sie wieder. Abermals half das genannte Verfahren, doch wieder nur für wenige Stunden. Und so ging es einige Male weiter, bis sich K. entschloß, Serum — in Ermangelung frischen Pferdeserums möglichst frisches Antidiphtherieserum — anzuwenden und damit die Wunde zu imprägnieren. Vorher ließ er aber noch $^1/_2$ stündlich von folgender Lösung einen Eßlöffel nehmen:

Rp. Calcii chlorat. puriss. crystall. 4,0
Syr. Menth. 50,0
Aq. dest. 100,0.

Es trat keine neue Blutung mehr auf, und die Anwendung des Serums erübrigte sich. Ob dieser Effekt den 4 g Calc. chlorat. zuzuschreiben ist, oder ob der Stillstand der Blutung ein spontaner war, will K. nicht entscheiden.

Grätzer.

C. Hoerder, Wesen und Bekämpfungsmethoden der Asphyxia neonatorum. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Heidelberg.) (Medizin. Klinik. 1909. Nr. 44.) H. lobt besonders das Prochowniksche Verfahren. Er sagt: „Prochownik hat eine Methode angegeben, welche ich für ganz vorzüglich halte. Das Kind wird, den Kopf nach unten, an den Beinen fest gefaßt und emporgehalten. Schon durch die Gesetze der Schwere fließt dann Schleim aus Mund und Nase ab. Dieses Abfließen wird unterstützt durch rhythmische nicht zu gewalttätige Kompressionen des Thorax, die am besten mit zwei Händen ausgeführt werden und zwar dergestalt, daß die Daumen und Daumenballen auf der Wirbelsäule des Kindes, die Fingerspitzen beider Hände sich auf dem Sternum begegnen. Die Lungen werden zunächst wie Schwämme ausgepreßt und zwar in zarter Weise. Wenn

dann das Sekret abgelaufen ist, kann Luft eintreten und die Methode stellt dann gleichzeitig eine künstliche Atmung dar. Menge hat von diesem Verfahen ausgezeichnete Resultate gesehen und empfiehlt es sehr warm."

Überhaupt ist nach seiner Ansicht ein asphyktisches Kind am besten wie folgt zu behandeln:

„Wenn das Kind asphyktisch geboren wird, so erscheint es geboten, möglichst spät abzunabeln. Man hat durch Wiegeversuche bewiesen, daß es viel ausmacht, ob man sofort nach Ausstoßung des Kindes die Nabelschnur durchschneidet, oder wartet, bis die Pulsation der Nabelgefäße ganz erloschen ist. Wenn man das Kind sofort post partum wog, und dann nach der spät ausgeführten Abnabelung, konnte man feststellen, daß dem Kind noch ca. 50—120 g Blut aus der Plazenta zufließen können. Da das Kind im Durchschnitt überhaupt nur ungefähr 200 g Blut insgesamt besitzt, so ist ihm mit der späten Abnabelung sehr geholfen. Oft konnte man auch sehen, daß bei Asphyktischen, deren Asphyxie ihre Ursache in einer temporären Abklemmung der Nabelschnur während der Austreibungsperiode hatte, sich die Pulsation der Nabelschnur von selbst wiederherstellte, wenn man nicht abnabelte. Mit diesem Wiederbeginn der Pulsation ging dann ein Schwinden der Asphyxie meist Hand in Hand. Ist die Asphyxie leichteren Grades, so reinige man zuerst sorgfältig Mund, Nase und Rachen mit dem eingeführten Finger und Wattebausch von allem erreichbaren Schleim. Man halte dabei das Kind an den Füßen, indem man mit dem Zeigefinger zwischen die Innenseite der Knöchel faßt, mit dem Daumen das eine Fußgelenk, mit den übrigen Fingern das des anderen Fußes umspannt, mit dem Kopf nach unten. Alsdann übe man durch kräftiges Beklatschen des Steißes und Rückens Hautreize aus; im Anschluß daran Methode Prochownik. Hat man das Gefühl, daß Hautreize genügen, dann sofort mit dem Kinde ins Bad, und zwar in ein warmes Bad. Man erhebe öfters das Kind aus dem warmen Bad in die Luft, Bespritzen des Nackens mit kaltem Wasser, sonst Vermeidung der Applikation kalten Wassers. Glaubt man, daß die Retention von Schleim Ursache des Nichteintretens der Atmung ist, Eingehen mit dem Trachealkatheter, Absaugen des Schleims. Hierauf streng nach der Vorschrift, ganz sachte ausgeführte Schwingungen vielleicht besser nach der Modifikation von Ogata. Die Schwingungen sollen nicht länger als 10 Minuten ausgeführt, dann unterbrochen werden und schnell wieder mit dem Kinde ins warme Bad, um zu starke Abkühlung zu vermeiden, hierauf erneute Schwingungen. Diese Wiederbelebungsversuche müssen stundenlang fortgesetzt werden. Man hat bei Erwachsenen Fälle gesehen, wo Scheintote noch nach vielen Stunden dem Leben zurückgegeben wurden. Froriep erzählt einen solchen Fall, wo noch nach 8 Stunden bei einem Erhängten, der vollständig ohne Atmung war, durch zielbewußte Wiederbelebungsversuche das Leben zurückgerufen wurde. Es ist deshalb durchaus richtig, daß auch für die Wiederbelebungsversuche des asphyktischen Kindes eine sehr lange Zeitdauer vorgeschrieben ist. Wer es selbst erlebt hat, wie freudig man überrascht ist, wenn gerade nach sehr langen Bemühungen das Kind dann doch endlich zum Leben kommt,

den braucht man nicht erst aufzufordern, bei jedem Asphyktischen mindestens 2 Stunden die Wiederbelebungsversuche fortzusetzen.“

Grätzer.

W. Knoepfelmacher, Experimentelle Übertragung der Poliomyelitis anterior acuta auf Affen. (Aus dem patholog.-anatom. Institut und dem Carolinen-Kinderspital in Wien.) (Ebenda.) Das Ergebnis des angestellten Versuches läßt sich als eine volle Bestätigung der Angaben von Landsteiner und Popper dahin zusammenfassen, daß es durch intraperitoneale Injektion von Rückenmark, das von einem an Poliomyelitis a. a. gestorbenen Kinde stammt, gelungen ist, bei einem Macacus Rhesus das typische Krankheitsbild der Poliomyelitis a. a. zu erzeugen. Der Affe war weniger intensiv erkrankt als das Kind, von welchem das Infektionsmaterial stammte. Eine Infektion in der zweiten Generation zu erzeugen, ist mißlungen.

Grätzer.

P. Frangenheim, Experimentelle und klinische Erfahrungen über die Arthrodese durch Knochenbolzung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 20. Heft 2. S. 437.) Die Methode der Knochenbolzung wurde bisher in der Lesserschen Klinik nur zur Versteifung des Fußgelenks und einigemal zur Arthrodese des Kniegelenks benutzt. Am Fußgelenk gestaltet sich der Eingriff derart, daß in der Fußsohle in der Verlängerung der Unterschenkelachse ein kleiner Schnitt unmittelbar bis auf die Unterfläche des Calcaneus geführt wird; von diesem Schnitt aus, dessen Wundränder mit Langenbeckschen Wundhaken auseinandergehalten werden, wird ein Kanal durch Calcaneus und Talus bis in das untere Drittel der Tibia gebohrt. Der Fuß muß nicht winklig zum Unterschenkel stehen. In den Bohrkanal wird ein Knochenstück eingetrieben. Dieses muß so lang sein, daß es bis über die untere Epiphysenlinie der Tibia reicht. Als Bolzen wurde in den meisten Fällen ein Stück der menschlichen Fibula verwendet, einmal ein Stück der Ulna und in einem anderen Falle ein Knochenspahn, der von der vorderen Tibiakante entnommen wurde. Das Bolzungsmaterial wurde in den meisten Fällen den Patienten selbst entnommen. Ob die Mitverpflanzung von Periost von Wert ist, läßt sich schwer entscheiden. Einfacher und bequemer ist die Verwendung von frischem Amputationsmaterial, wenn es zur Hand ist. Es wurden dann die anhängenden Muskelfasern nach Möglichkeit entfernt, die Markhöhle wurde meistens ausgelöffelt, das Periost blieb erhalten. Die Wunde in der Fußsohle wurde mit zwei Nähten geschlossen. Die Patienten erhielten nach der Operation einen Pappschienenverband, in dem das versteifte Fußgelenk für einige Wochen fixiert wurde. Nach 3—4 Wochen konnten die Patienten im Gipsverband, im Schienenstiefel, einige auch im gewöhnlichen Schuhwerk einhergehen.

Am Kniegelenk ist die Bolzung schwieriger auszuführen als am Fußgelenk. Um mit der Fraise bis in die Femurkondylen zu kommen, muß man in der Gegend der Tuberositas tibiae ein Knochenstück stufenförmig ausmeißeln, besonders wenn nur ein Bolzen zur Versteifung verwendet werden soll. Sicherer als die einfache Bolzung ist die doppelte kreuzförmige Anwendung der Bolzen. Bei dieser Art der

Arthrodese werden die Kanäle für die Bolzen von den Femurkondylen bzw. von der Tuberositas tibiae schräg gebohrt, derart, daß sich die beiden Bolzen etwa im Kniegelenkspalt kreuzen.

Nachdem festgestellt worden war, daß schon die einfache Bolzung z. B. des oberen Tibiaendes, also die einmalige Verletzung die Knorpelfuge beim wachsenden Hunde in wenigen Monaten eine Verkürzung der Tibia von mehreren Zentimetern zur Folge hatte, wurde die Kniebolzung nur noch bei Erwachsenen angewendet, obgleich bei Kindern auch nach der doppelten Verletzung der Knorpelfuge, wie sie bei der Kniebolzung unvermeidlich ist, keine nennenswerte Verkürzung beobachtet wurde. Die Verletzung der unteren Epiphysenlinie der Tibia bei der Versteifung des Fußgelenks bleibt ohne schädliche Folgen, weil die untere Knorpelfuge der Tibia beim Längenwachstum kaum in Betracht kommt. Regelmäßige Röntgenuntersuchungen zeigten außerdem, daß die Knochen im Bereich der versteiften Gelenke sich in normaler Weise weiter entwickelten.

Die Knochenbolzen müssen bei der Versteifung des Fußgelenks so weit eingetrieben werden, daß sie mit der Unterfläche des Calcaneus abschneiden. Vorstehende Knochenenden können beim Gehen hinderlich sein; wenn durch Röntgenaufnahme erst später festgestellt wird, daß der Knochenbolzen vorsteht, so empfiehlt es sich, nachträglich den vorstehenden Teil zu entfernen.

Versteifung des Fußgelenks war in dem Augenblick vorhanden, wo der Bohrer in die Tibia eingedrungen bzw. der Bolzen in den Bohrkanal eingetrieben war. Diese Versteifung des Gelenks blieb bei allen Patienten bestehen, so verschieden die Röntgenbilder der versteiften Gelenke, im besonderen der Knochenstücke, die die Versteifung herbeiführten, ausfielen. Bei der Mehrzahl der Fälle wurde bei der Nachuntersuchung eine geringe federnde passive Beweglichkeit im Sinne der Beugung und Streckung beobachtet. Am Kniegelenk wurde zur Erzielung der Gelenkversteifung die Bolzung bisher erst 5 mal versucht. Bei zwei Fällen waren technische Fehler schuld an dem Mißlingen der Operation. Ein Fall zeigt geringe seitliche Wackelbewegungen, bei einem andern ist im Kniegelenk eine Überstreckung von 10° möglich.

Die klinische Beobachtung hat gezeigt, daß die Arthrodese mittels Knochenbolzen eine vollkommene ist und daß der Erfolg anhält, wenn die Operation gelungen ist. Bleibt die Gelenkversteifung aus, so kann die Arthrodese nach gewöhnlicher Art ausgeführt bzw. die Bolzung wiederholt werden. Joachimsthal.

Brunk, Choanenatresie und Gaumenton. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 59. Heft 1.) Auf Grund von zwei eigenen beobachteten Fällen und kritischer Würdigung der einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, daß bei doppelseitigen vollständigen und lange genug bestehenden Choanenverschlüssen sich fast konstant ein hoher Gaumen findet. Er hält somit das Entstehen des hohen Gaumens durch Mundatmung für erwiesen. Das häufige Zusammentreffen von Septoprosopie mit hohem Gaumen ist dadurch erklärt, daß jeder hohe Gaumen das Gesicht höher machen muß.

A. Sonntag.

Zur Kenntnis des Zentralnervensystems beim Mongolismus. (Aus dem neurolog. Institut an der Wiener Universität.) (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd. 37. Heft 1. u. 2.) Im Gehirn eines 6 monatlichen Kindes, das den Typus des Mongolismus zeigte, fand sich makroskopisch anscheinend Verkleinerung des Kleinhirns samt Brücke und verlängertem Mark. Mikroskopisch erwies sich die Hirnrinde mangelhaft differenziert in verschiedener Hinsicht: 1. in der Zellform, die nur in manchen Regionen sich zu jener der Pyramidenzelle entwickelte. Am geringsten ist Differenzierung hierbei im Stirnhirn fortgeschritten. 2. In der Anwesenheit zweifacher Kerne oder doppelter Kernkörperchen in einer Reihe von Rindenzellen. 3. In der mangelhaften Ausbildung der Pigroide, die aber auch auf Leichenchromatologie zurückgeführt werden kann. Daneben Zellenreichtum, diffus im Pons und den Lateralkernen, in Form von Zellhäufchen innerhalb des Rollerschen Kerns und der Hinterstrangkerne.

Arthur Stern (Charlottenburg).

H. Risel, Die Pathogenese der Kindertetanie. (Entgegnung auf die Arbeit Stöltzners.) (Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 26. Heft 2.) R. bekämpft die Stöltznersche Hypothese von der Pathogenese der Kindertetanie durch Ca-Stauung im Körper und bringt eine Reihe neuer Versuchsanordnungen zu diesem Kapitel. Wenn auch die Stöltznersche Hypothese manches der Pathogenese der Spasmophilie verständlich machen würde, so ist nicht erwiesen, daß experimentelle Ca-Zufuhr bei spasmophilen Kindern, gemessen an der Werten der KOZ und AnOZ, die galvanische Erregbarkeit der peripheren Nerven zunächst steigert, bei höheren Dosen herabsetzt, daß dann folgende Reduzierung durch Aufhebung der vorher bewirkten Lähmung erneute Erregung auftreten läßt, und daß das Verabreichen von Kalzium per os auf das Vortreten der Symptome der Spasmophilie auch nur annähernd einen gleichen Einfluß hat wie die Kuhmilch.

Arthur Stern (Charlottenburg).

A. Labhardt (Basel) und **J. Wallart** (St. Ludwig, Elsaß), Über Pemphigus neonatorum simplex congenitus. (Zeitschrift f. Gynäk. und Geb. Bd. 61. Heft 3.) Bericht über drei Fälle von angeborenem einfachen Pemphigus neonatorum, von denen 2 im Frauenspital in Basel, 1 in der Privatpraxis beobachtet wurden. Aus der Literatur werden noch 14 gleiche Fälle zum Vergleich herangezogen, von denen aber 3 als Epidermolysis bullosa hereditaria auszuscheiden sind. Dreimal handelte es sich bei den 14 Fällen um Zwillinge, doch waren nur einmal beide Zwillingskinder befallen.

Während der nach der Geburt des Kindes auftretende Pemphigus durch verschiedene Arten von Bakterien (meist Streptokokken) verursacht wird, ist der intrauterin entstandene Pemphigus entweder auch auf eine Infektion mit Bakterien oder auf eine von der Mutter ausgehende Infektion mit Bakterientoxinen zurückzuführen. Die Behandlung war die übliche (Bäder, Alkohol usw.) und erfolgreich.

Wegscheider.

P. Esch, Zur Klinik des Sclerema neonatorum. (Zentralblatt f. Gyn. Nr. 31.) Unter Sklerem der Neugeborenen versteht man

allgemein eine Krankheit, deren charakteristische Symptome eine Verhärtung der Haut und des Unterhautzellgewebes mit gleichzeitigem energischen Herabsinken der Körperwärme darstellen. Man unterscheidet Sclerema oedematosum und adiposum; „das erstere wird als eine essentielle, idiopathische Krankheit angesehen, das zweite hat nur symptomatische Bedeutung. — Beide Formen haben pathogenetisch gemeinsam, daß nur sehr schwache atrophische Säuglinge befallen werden, die fast ausnahmslos im Kollaps zugrunde gehen.“... „Die Genese ist dunkel.“ — E. teilt einen Fall, den er in der Marburger Frauenklinik beobachten und sogar heilen konnte, ausführlich mit; es handelte sich um ein 4310 g schweres, bei Fußlage extrahiertes Kind einer III-para mit rachitisch plattem Becken. Durch sofortigen und längeren Aufenthalt im Wärmeofen, gute Ernährung und Massage neben passiven Bewegungsübungen gelang die Beseitigung des Sklerems und der Apathie in ca. 12 Tagen dank der kräftigen Konstitution des Säuglings. Wegscheider.

Hessberg, Ein Beitrag zur angeborenen totalen Farbenblindheit. (Aus der Univ.-Augenklinik Breslau.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Augustheft 1909.) Das Krankheitsbild der angeborenen totalen Farbenblindheit ist trotz seines relativ seltenen Vorkommens schon durch eine größere Reihe exakter Untersuchungen genau erforscht und festgelegt. Aussteht jedoch noch die anatomische Untersuchung.

Abgesehen von dem öfter beobachteten gehäuften Auftreten des Leidens in einer Familie erscheint in den drei vom Verf. mitgeteilten Fällen die Konsanguinität der Eltern als besonders wichtig für die ätiologische Erklärung. Dieses Moment ist hier um so hervortretender, als die gleiche Mutter in einer zweiten, nicht blutsverwandten Ehe drei nicht farbenblinde Kinder geboren hat.

Ferner zeigt sich auch in diesen Fällen das prozentuale Überwiegen des männlichen Geschlechts.

Höchst bemerkenswert war das charakteristische Aussehen der Kinder: die starke Lichtscheu und das Blinzeln, das dem erfahrenen Beobachter schon beim ersten Anblick die Diagnose „totale Farbenblindheit“ nahegelegt. Dagegen ist ihre Orientierungsfähigkeit in der Dunkelheit sehr gut. Ferner sind Nystagmus, Astigmatismus und zentrale Skotome vorhanden. Sommer (Zittau).

Redslot, Über Exophthalmus bei Schädelmißbildungen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juliheft 1909.) Seit einigen Jahren beschäftigen sich die Ophthalmologen eingehender mit der Frage der Augenveränderungen bei Schädelmißbildung. Doch sind in den bisherigen Arbeiten speziell der Turmschädel und rachitische Schädelmißbildung beschrieben, während einer anderen Art von angeborener Schädelanomalie weit weniger Beachtung geschenkt worden ist: es ist die Skaphozephalie. Diese Mißbildung ist wohl daher weniger behandelt, weil sie viel seltener ist als alle anderen Mißbildungen.

Verf. beschreibt nun einen derartigen Fall, welcher in morphologischer wie in pathologischer Hinsicht größeres Interesse verdient.

Der vorhandene — gewaltige — Exophthalmus mit Sehnervenatrophie ist einem sekundär aufgetretenen Hydrozephalus zuzuschreiben. Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. v. Bókay, Über den ätiologischen Zusammenhang der Varizellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster. (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 39.) Verf. kommt zu folgendem Schluß: „Der bisher unbekannte Erreger der Varizellen kann sich unter gewissen, uns nicht bekannten Umständen, statt in einer allgemeinen Eruption einer Zostereruption gemäß äußern, welche Gürtelausschlagform im Falle einer Weiterverbreitung typische Varizellen hervorzurufen vermag. Natürlich beziehe ich den Schlafblatternursprung nur auf einen gewissen Teil der Zosterfälle, und zwar aus naheliegenden Gründen hauptsächlich auf einen gewissen Teil der Zosterfälle des Kindesalters. Welche Umstände dafür verantwortlich zu machen sind, daß die Varizelleninfektion zuweilen in der Form eines Gürtelausschlages zutage tritt (Zoster varicellosa), kann nur durch die Zukunft beantwortet werden, wenn wir endlich dahin gelangen, einerseits den Schlafblatternerreger zu kennen, anderseits einen Zosterausschlag auf experimentellem Wege hervorzurufen. Solange wir dieser Kenntnisse bar sind, müssen wir uns damit bescheiden, den ätiologischen Zusammenhang an der Hand von neun klinischen Beobachtungen zu konstatieren.“ Grätzer.

A. Flinker (Czernowitz), Zur Lehre von der Exostosis cartilaginea multiplex und ihren Beziehungen zur Rachitis. (Ebenda.) Nach F. deuten alle Zeichen darauf hin, daß die ätiologischen Bedingungen der Exostosis cartilaginea multiplex, der Rachitis, des Kretinismus, der Osteomalazie, der Akromegalie und des Zwerg- und Riesenwuchses in ihrem letzten Grunde sehr nahe zusammenlaufen, ja vielleicht auf eine und dieselbe Quelle sich zurückführen lassen. Grätzer.

K. Potpeschnigg, Bakteriologische Untersuchungsergebnisse bei Poliomyelitis. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Ebenda.) Es handelt sich um eine „vorläufige Mitteilung“. P. fand in der Lumbalpunktionsflüssigkeit bei sämtlichen darauf untersuchten 14 Fällen Gram-positive Kokken, die zumeist Diplokokkencharakter trugen, hier und da auch als Tetrakokken angeordnet waren. Sie fanden sich sowohl im frischen Punktate, wie in den angelegten Kulturen, im ersteren stets nur in sehr geringer Zahl.

Ob der gefundene Mikroorganismus tatsächlich der Erreger der Heine-Medinschen Krankheit ist, ob er identisch ist mit den von anderen Autoren beschriebenen Diplokokken und in welchen Beziehungen er zum Meningokokkus steht, ist Gegenstand der im Gange befindlichen bakteriologischen Untersuchungen und Tierversuche. Grätzer.

A. Saxl, Über das Trendelenburgsche Phänomen bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Aus dem k. k. Univers.-Institut

f. orthopäd. Chirurgie in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 39.) Es sei der Schluß der Arbeit wiedergegeben, welcher lautet:

„Fassen wir zusammen, so hätten wir die Insuffizienz der Beckenheber bei angeborener Hüftverrenkung in eine absolute und relative zu scheiden; die absolute Insuffizienz ist durch Atrophie der Muskulatur bedingt, die relative durch die ungünstige Verschiebung der Insertionen der Beckenheber, wobei sich die beckenhebende Komponente verringert. Außerdem ist die laterale Verlagerung des Fixpunktes des Beckenhebels und seine Verschiebung („Glissement vertical“) nach oben — sowie das entsprechende Bein als Standbein dient — eine weitere Ursache der relativen Insuffizienz.

Bei der angeborenen Hüftverrenkung bestehen also für die absolute und relative Insuffizienz der Beckenhalter so viele Bedingungen, daß wir fast ausnahmslos das Lorenz-Trendelenburgsche Phänomen dabei nachweisen können; so sagte Trendelenburg, daß er ein Kind mit einseitiger Luxation, welches, auf dem kranken Bein stehend, die Gesäßhälfte der gesunden Seite bis zur Höhe der Gesäßhälfte der kranken Seite oder gar darüber hinaus hätte erheben können, noch nicht gesehen habe, seitdem er darauf achtete; ebensowenig ein Kind mit doppelseitiger Luxation, welches auf der einen oder anderen Seite den Anforderungen dieses Experiments hätte genügen können. Immer hänge das Gesäß, bzw. das Becken auf der Gangseite herunter.

Anders verhält es sich bei einem Fall unserer Beobachtung. Er betrifft ein 6½jähriges Mädchen, das nach einem Trauma Schmerzen in der linken Hüfte bekam. Die Untersuchung ergab eine Verkürzung des leicht außen rotierten Beines um 1½—2 cm, der Schenkelkopf war in der Leiste ein wenig höher als an normalem Ort zu fühlen. Beim Stehen auf dem kranken Bein fiel die gegenständige Beckenhälfte nicht herab, sie wurde in normalem Ausmaße gehoben und zwar durch ziemlich lange Zeit. Das Röntgenbild zeigt eine nach oben erweiterte Pfanne, in welcher der Schenkelkopf steht, also eine Subluxatio supracotyloidea, da auch bei rechtwinkliger Beugung des Beines, verbunden mit starker Adduktion, der Kopf nicht auf dem Darmbein getastet werden konnte. Daß in unserem Falle der Lorenz-Trendelenburgsche Versuch negativ ausfällt, läßt sich dadurch erklären, daß annähernd normale Verhältnisse im Mechanismus des Hüftgelenkes vorliegen, sodaß die Beckenheber noch immer ihre Aufgabe erfüllen können. Mitunter sehen wir dasselbe Verhalten bei operierten Fällen; wir finden ein gutes funktionelles Resultat, obwohl der Kopf ein wenig exzentrisch nach oben oder vorne oben vorgelagert ist. Auch hier reicht die Kraft der Beckenheber aus, um die gegenseitige Beckenhälfte hochzuheben. Erleidet aber einer jener Faktoren, von denen die Leistungsfähigkeit des Hüftgelenkes abhängt, eine weitere Einbuße, so stellt sich die Insuffizienz der Hüfte ein, der Patient beginnt zu hinken und zu ermüden. Ein 13jähriges Kind mit Subluxation der Hüfte begann zu hinken, als sich die hintere Kapselwand ausdehnte (Walther). Andererseits kann man in Fällen dieser Art, sofern nur das Kapselband fest bleibt und nicht nachgibt, ohne

Stellungsveränderung des Kopfes die Leistungsfähigkeit der Musculi glutaei wesentlich erhöhen, wenn man sie durch gymnastische Übungen und Massage kräftigt; es kann sogar bei dieser konservativen Behandlung das vorher positive Lorenz-Trendelenburgsche Phänomen negativ werden.

Diese Beobachtungen beweisen, daß bei solchen Fällen inkompletter Hüftverrenkung, die wir als Subluxation bezeichnen, das Lorenz-Trendelenburgsche Phänomen nicht vorhanden sein muß; die genügende Leistungsfähigkeit der Beckenheber ist dann bedingt durch das annähernd normale Verhalten des Hüftgelenkes und der dasselbe umgebenden Weichteile. Ähnliche Beobachtungen liegen auch von anderer Seite vor (Hoffa, Horváth, Walther, Zenker u. a.).

In therapeutischer Hinsicht sind namentlich Kinder in jüngeren Jahren mit Subluxation der Hüfte der üblichen Luxationsbehandlung zu unterziehen, da sich erfahrungsgemäß viele Subluxationen nach dem dritten und vierten Lebensjahre in komplette Luxationen umwandeln. Bei älteren Kindern nahe oder über der Altersgrenze kann man eher auf ein Erhaltenbleiben der Subluxation rechnen und sich mit einer Kräftigung der pelvitrochanteren Muskulatur begnügen."

Grätzer.

W. Pick, Die Therapie des Ekzems der Kinder. (Wiener med. Wochenschrift. 1909. Nr. 39.) Nachdem sich P. über die Diätotherapie des Kinderekzems verbreitet, gibt er die lokalen Maßregeln wieder, die sich auf der Hautabteilung des I. Wiener Kinderkrankeninstituts bewährt haben. Er sagt darüber:

Wenden wir uns nun der lokalen Therapie des Ekzems zu, so gibt es, wie oben erwähnt, nur eine Form, bei welcher wir allein durch Anwendung einer lokalen Therapie zum Ziele kommen, und das ist das ausschließlich durch lokale Ursachen bedingte Eczema intertrigo.

Hier hat uns besonders eine Salbe gute Dienste geleistet, die in jedem Stadium dieses Ekzems, sei es nun nässend oder bereits squamös, angewendet werden kann. Es ist dies eine $1/2$ %ige Chrysarobinsalbe von folgender Zusammensetzung:

Rp. Lithargyr. 10,00
Ol. olivar. 40,00
Mf. unguentum, adde Chrysarobin. 0,50
MDS. Salbe.

Diese Salbe wird auf Leinwand, Kalikot, Lint oder ähnliches dick aufgestrichen, der Salbenfleck wird mit einer Binde fixiert, der Verband morgens und abends gewechselt, bei jedesmaligem Verbandwechsel werden die betreffenden Stellen mit Watte und Puder (Reismehl) gereinigt. Gewaschen wird nicht. Unter dieser Behandlung sehen wir das Ekzem in auffallend kurzer Zeit das Nässen einstellen, abblassen und heilen.

Bei dem Eczema crustosum (Crusta lactea) des Gesichtes und der Kopfhaut müssen zunächst die auflagernden Krusten entfernt werden, was am zweckmäßigsten durch Salbenverbände geschieht; wir verwenden zumeist folgende Salbe:

Rp. Unguent. diachylon
(sine oleo lavandul.) 80,00
Ol. jecor. asell. 20,00
Mfu. DS. Salbe.

Auch hier wird der Verband morgens und abends gewechselt; die Entfernung der Krusten auf der Kopfhaut wird durch jeden zweiten oder dritten Tag vorgenommene Waschungen mit warmem Wasser und Sapo kalin. beschleunigt, im Gesichte sind Waschungen zu vermeiden. Diese Salbenverbände werden dann fortgesetzt, wenn die Krusten entfernt sind und das Ekzem die Form des Eczema rubrum madidans angenommen hat. Hat das Nässen aufgehört oder liegt von vorneherein ein Eczema papulatum oder ein Eczema squamosum vor, so lassen wir einmal im Tage eine Einpinselung mit Ol. rusci mittels Wattebäuschchen vornehmen und applizieren erst darüber die Salbe.

Bei dem trockenen oder schuppenden Ekzem des Gesichtes verwenden wir folgende Salbe:

Rp. Ung. sulfur. Wilk. 1,00
Ol. jecor. asell. 2,00
Zinc. oxyd.
Amyl. trit. āā 5,00
Vaselin. qu. s. u. f. pasta
Mfp. DS. Salbe.

Für die Behandlung des Ekzems des Stammes und der Extremitäten gelten die gleichen Regeln. Bei nässenden und krustösen Ekzemen verwenden wir die oben erwähnte Lebertran-Diachylonsalbe, bei trockenen Ekzemen eine Wilkinson-Zinkpaste.

Mit dieser geringen Zahl von Salben werden wir fast in allen Fällen unser Auslangen finden. Nur ganz ausnahmsweise wird, und zwar zumeist bei stark nässenden Ekzemen, die Lebertran-Diachylonsalbe nicht vertragen, die Erfahrung lehrt, daß in diesen Fällen Salben überhaupt ein schlechtes Resultat ergeben und daß hier nur eine völlig indifferente Therapie am Platze ist. In solchen Fällen wenden wir zunächst nur wiederholt am Tage vorgenommene Einstreuungen mit Puder an. Als Puder verwenden wir:

Rp. Zinc. oxyd. 5,00
Talc. venet. 20,00
Amyl. tritic. 75,00
MDS. Puder.

Die hierdurch entstehende, oft sehr dicke Kruste schützt die erkrankte Haut vor äußeren Schädlichkeiten, stellt sie gleichsam ruhig, die Entzündungserscheinungen gehen zurück und es gelingt dann zumeist schon nach einigen Tagen, die vordem nicht vertragene Salbenbehandlung einzuleiten.

Sehr wichtig sind die weiteren Verhaltungsmaßregeln, durch welche nach dem Abheilen eines Ekzems Rezidive verhütet werden; dieselben decken sich mit jenen Maßnahmen, die überhaupt der Hygiene der kindlichen Haut entsprechen.

Hierbei ist zunächst das Badewasser zu beachten, welches, namentlich wenn es sehr reich an Salzen (hart) ist, eine der hauptsächlichsten Schädlichkeiten bildet; dieselbe kann durch einfaches Ab-

kochen gemildert werden, noch zweckmäßiger ist es, wenn dieses Abkochen mit Weizenkleie (ca. zwei Hand voll für ein Bad) mit nachherigem Durchpassieren durch ein Leintuch geschieht. In diesem Wasser können die Kinder, wenn nicht gerade Ekzeme oder Kontraindikationen von seiten innerer Organe vorhanden sind, täglich gebadet werden. Seife ist hierbei nicht zu häufig, höchstens an einem oder zwei Tagen der Woche zu benützen, und zwar am besten in Form einer überfetteten (Lanolin-) Seife. Mit in Kleienwasser getauchten Wattebäuschchen werden die Kinder auch nach jeder Beschmutzung durch Stuhl oder Urin gereinigt, dann mit Watte gut abgetrocknet, hierauf, wie nach jeder Waschung und nach jedem Bade überhaupt, mit folgender Hautcreme eingerieben:

Rp. Hydrarg. praecip. alb. 1,00
Lanolini 40,00
Vaselini 100,00
Mfu. DS. Hautcrême.

Die Creme wird durch Abwischen mit weichen Leinenlappen, namentlich an den Beugefalten, wieder entfernt und hierauf Puder eingestaubt. Durch Anwendung dieser Creme auf der Kopfhaut der Säuglinge wird die Bildung der als „Gneis" bekannten Auflagerung fettiger Schuppen sowie des daraus sich entwickelnden Kopfekzems verhütet. Selbstverständlich ist darauf zu achten, daß die Kinder nie längere Zeit in durchnäßten Hüllen liegen und daß die gebrauchten Windeln gründlich ausgekocht werden. Viel zweckmäßiger als Leinenwindeln überhaupt ist deren Ersatz durch ganz weiches, dem japanischen Papier ähnliches Filtrierpapier, welches immer wieder erneuert wird und das Waschen der Windeln überhaupt überflüssig macht. Leider ist diese Methode auch unter den Ärzten noch zu wenig populär, und der Vorschlag, statt der Windeln Filtrierpapier zu verwenden, kommt gewöhnlich zu spät, wenn die ersteren bereits angeschafft sind.

Sehr schädlich ist auch das Umwickeln der Kinder mit einem Gummistoff; es wird hierdurch gleichsam eine feuchte Kammer geschaffen, in welcher sich die verschiedenen Se- und Exkrete nur noch rascher zersetzen und die Haut reizen müssen.

In der Prophylaxe des Ekzems spielen alle Maßnahmen der Pflege der kindlichen Haut eine große Rolle; in der Therapie desselben wird die richtige Anwendung der wenigen angeführten Mittel zum Ziele führen. Die Zahl dieser Mittel hätte durch Anführung anderer, gleichfalls verwendbarer Salben, Pasten, Lotionen, Ersatzpräparate des Teers usw. beliebig vergrößert werden können, doch wäre die Behandlung des Themas dadurch ganz unnötigerweise kompliziert worden, denn alle diese Mittel können bei unzeitgemäßer Anwendung zwar viel mehr schaden, niemals aber mehr nützen als die empfohlenen.

Grätzer.

Pater (Paris), Sur le diagnostic hématologique des fièvres éruptives et des érythèmes qui les simulent. (Archives de méd. des enf. Août 1909.) Die Blutuntersuchungen des Verf. hatten den Zweck, eine leukozytäre Formel aufzufinden, um in zweifelhaften Fällen

Infektionskrankheiten eruptiver Art, die diagnostische Schwierigkeiten bieten würden, zu unterscheiden, einerseits unter sich und andererseits von ähnlichen, nicht infektiösen Erythemen.

Er fand, daß Scharlach gleich von Anfang an durch eine typische Polynukleose in Erscheinung tritt. Dieselbe ist hauptsächlich während der ersten 2—3 Tage der Eruption bedeutend, und dies selbst bei sehr jungen Kindern. Die Mononuklearen erleiden eine Verminderung, hauptsächlich was die Lymphozyten anbetrifft. Auch die eosinophilen Blutzellen, deren Zahl größeren Schwankungen unterworfen ist, erscheinen vermehrt, namentlich nach einigen Krankheitstagen.

Scharlachähnliche Erytheme haben eine fast normale leukozytäre Formel, eventuell Mononukleose, während die Eosinophilie wechselnd ist und keine sichere Unterscheidung abgibt.

Masern und Röteln zeigen keine sonderlichen leukozytären Unterschiede und können diesbezüglich unter sich nicht diagnostiziert werden. Von den Erythemen sind dieselben nur dann zu differenzieren, wenn sie eine bedeutende Mononukleose aufweisen, was bei den beiden eruptiven Infektionskrankheiten nicht der Fall ist. Letztere unterscheiden sich aber sehr deutlich von Scharlach dadurch, daß bei denselben die für Scharlach charakteristische Polynukleose immer fehlt.

E. Toff (Braila).

H. Méry, B. Weill-Hallé et **Parturier** (Paris), Sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphthériques. (Archives de méd. des enf. Sept. 1909.) Der Nutzen, welchen das antidiphtherische Heilserum in der Behandlung postdiphtherischer Lähmungen bringen kann, ist bekanntlich noch strittig und während einige Autoren, wie Comby, Ausset, Sicard, Barbier, eifrige Anhänger dieser Behandlungsmethode sind, sind andere, wie Bist, Marfan, Feilchenfeld usw. der Ansicht, daß die Einwirkung desselben eine zweifelhafte ist.

Die Verff. bringen nun neue Beispiele, um zu zeigen, daß die Serumtherapie in hohen Dosen sehr günstige Erfolge bei malignen Diphtherien ergibt und andererseits auch in prophylaktischer Beziehung auf die nachdiphtherischen Lähmungen heilend, bzw. verhütend einwirkt. Sie sind der Ansicht des weiteren, daß man bei schweren Diphtherien, außer einer intensiven Behandlung während der Dauer der Krankheit, auch in der Rekonvaleszenz systematisch Serumeinspritzungen machen soll, um den späteren Lähmungen vorzubeugen.

Um den Forderungen der Verff. gerecht zu werden, sollen täglich Mengen von 60, 40 und 20 ccm Heilserum während des akuten Stadiums und später solche von 10 und 20 ccm eingespritzt werden, doch müssen wir gestehen, daß uns die beigebrachten Krankengeschichten keineswegs von der Unfehlbarkeit der Methode überzeugt haben und noch weniger davon, daß das Einspritzen so großer und lange fortgesetzter Serumdosen für den kindlichen Organismus vollkommen gleichgültig ist. Fast alle Patienten zeigten zeitweilig schwere Erscheinungen von Herzschwäche, Lipothymien u. a. und es fragt sich, ob dies nicht anaphylaktische Zeichen waren. Auch mehrere, fast plötzlich eintretende Todesfälle sind vorgekommen.

Was die prophylaktische Einwirkung mit Bezug auf die Lähmungen anbetrifft, wollen wir nur einige Beispiele anführen: Der eine Patient, ein $8^1/_2$ jähriger Knabe, hatte 190 ccm innerhalb 6 Tagen eingespritzt erhalten und zeigte am siebenten Tage eine Lähmung des Gaumensegels. Man spritzte weiter Serum ein, und zwar 535 ccm im Verlaufe von etwa 5 Wochen, und während dieser Zeit erstreckte sich die Lähmung auf die Akkommodation, die äußeren Augenmuskeln, den Larynx, die Nackenmuskeln und Beinstrecker. Ähnliches trat in einem zweiten Falle auf, wo im Laufe der Behandlung 470 ccm Heilserum eingespritzt wurden.

Ja man kann sagen, daß in allen etwas ernsteren Diphtheriefällen Lähmungserscheinungen aufgetreten waren, trotzdem die Patienten relativ außerordentlich große Serumdosen eingespritzt erhielten. Wo ist also der prophylaktische Nutzen? Des weiteren muß noch bemerkt werden, daß alle Lähmungsfälle nicht nur mit Serum, sondern auch mit Elektrizität, Kampfer- und Strychnineinspritzungen behandelt wurden, und es kann daher noch die Frage gestellt werden, ob nicht dieser Medikation ein Hauptanteil am Heilerfolge zuzuschreiben wäre.

E. Toff (Braila).

L. Babonneix et **L. Tixier** (Paris), La leucémie chez le nourrisson. (Archives de méd. des enf. Sept. 1909.) Die Leukämie des Säuglingsalters ist noch wenig bekannt, und von vielen Autoren wird angenommen, daß während der ersten zwei Lebensjahre nur lymphoide Leukämien, welche pseudo-leukämischen Anämien folgen, zur Beobachtung gelangen, myeloide Leukämie wäre etwas ganz Exzeptionelles.

Im Anschlusse an einen typischen selbstbeobachteten Fall besprechen die Verff. diese Krankheit und ist aus ihren, auch auf den in der Literatur befindlichen Beobachtungen, gestützten Ausführungen folgendes zu entnehmen.

Die wahren Ursachen dieser Krankheit sind unbekannt. Auch das Vorkommen einer angeborenen Leukämie ist unsicher; man hat leukämische Frauen gesunde Kinder zur Welt bringen sehen und umgekehrt. Hauptsächlich wird die Krankheit zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr beobachtet.

Der Beginn ist meist ein langsamer, stetig fortschreitender. Nach kurzer Zeit treten Blutungen in verschiedenen Organen auf, hauptsächlich Purpura, Nasen- und Zahnfleischblutungen. Die Leber kann normal sein, obwohl sie in den meisten Fällen vergrößert erscheint, hingegen ist die Milz immer, oft außerordentlich vergrößert. Auch die Lymphdrüsen sind hypertrophiert. Durch die Vergrößerung der Milz und Leber wird auch der Bauch größer, welches Symptom oft als erstes die Aufmerksamkeit auf das Kind hinlenkt. Fast in allen Fällen ist der Appetit gestört, es bestehen Erbrechen, Anorexie und Diarrhöen, oder auch Dyspnoë, anämische Geräusche über dem Herzen usw.

Wichtige Fingerzeige gibt die Blutuntersuchung. Die Anämie ist immer sehr ausgesprochen, doch sinkt die Zahl der roten Blutkörperchen nicht unter 1 000 000; der Hämoglobingehalt sinkt in paralleler Proportion und bewegt sich zwischen 20 und 70%.

Die Zahl der weißen Blutzellen wechselt außerordentlich sowohl von Fall zu Fall, als auch je nachdem es sich um myeloide oder lymphoide Leukämie handelt. Bei ersterer ist die Zahl derselben im Durchschnitte 40000, während bei letzterer meist Zahlen über 100000 gefunden werden. Hauptsächlich werden große und mittlere Lymphozyten beobachtet; eosinophile Zellen sind selten, Myelozyten gehören zu den Ausnahmen, ebenso kernhaltige rote Blutkörperchen. Hingegen ist bei der myeloiden Form die Zahl derselben eine recht erhebliche (3—8 % der Lymphozyten und selbst mehr). Die Myelozyten erscheinen bei dieser Form im Verhältnisse von 12—42 %, erreichen aber niemals die relative Anzahl der Lymphozyten bei der lymphoiden Form.

Es gibt aber auch Fälle, wo man durch die Blutuntersuchung nicht feststellen kann, um welche Form von Leukämie es sich handelt, doch ist dies für die Prognose gleichgültig, da alle Fälle tödlich enden.

E. Toff (Braila).

J. Brudziński (Lodz, Pologne), Un signe nouveau sur les membres inférieurs dans les méningites chez les enfants. (Archives de méd. des enf. Octobre 1909.) Das vom Verf. bei Meningitis beobachtete neue Zeichen besteht darin, daß die betreffenden Patienten bei Versuchen, den Kopf nach vorne zu beugen, in reflektorischer Weise das Kniegelenk und meist auch das Hüftgelenk beugen. Die passive Beugung des Nackens ruft also Beugebewegungen im Knie hervor und werden außerdem die Beine auch gegen die Hüfte angezogen. Das Bestehen von Meningitis wurde in den betreffenden Fällen durch andere klinische Erscheinungen, durch Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit, sowie auch in einigen Fällen durch die Nekropsie festgestellt. Das Nackenzeichen wurde in allen Fällen gefunden, in welchen das Kernigsche und Babinskische Zeichen bestanden, doch wurden auch relativ viele Fälle verzeichnet, welche das eine oder andere dieser beiden letzteren nicht aufwiesen, während das Nackenzeichen immer vorhanden war.

Nur ganz ausnahmsweise wurde das in Rede stehende Zeichen bei anderen als meningealen Erkrankungen festgestellt, so in einem Falle von Enzephalomyelitis und in einem von Mongolismus; in beiden Fällen war der Druck der Zerebrospinalsflüssigkeit erhöht, doch bestanden keinerlei Zeichen von meningealer Erkrankung.

Das Nackenzeichen wurde sowohl bei tuberkulöser als auch bei zerebrospinaler epidemischer, eitriger, seröser und durch Meningokokken hervorgerufener Meningitis beobachtet.

Eine Erklärung der Erscheinung ist einstweilen noch nicht möglich, vielleicht handelt es sich, wie beim Kernigschen Zeichen, gemäß der Chauffardschen Hypothese, um eine Hypotonie der Muskeln der unteren Extremitäten und um ein physiologisches Überwiegen der Streckmuskeln des Nackens und des Rückens über die Beuger der unteren Extremitäten.

E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Vomissements cycliques chez les enfants. (Archives de méd. des enf. Octobre 1909.) Das zyklische Erbrechen des Kindesalters ist erst seit 10 Jahren näher bekannt und studiert,

obwohl dasselbe schon vor 70 Jahren von Gruère und 20 Jahre später von Lombard sehr gut beschrieben worden ist. Im allgemeinen handelt es sich um heftiges Erbrechen, welches ohne sichtbare Ursache auftritt, schwer stillbar ist und einige Stunden, oder auch einige Tage dauert. Die Kinder können keinerlei Nahrung aufnehmen, kommen stark herunter, doch erholen sie sich nach Aufhören des Erbrechens sehr rasch. Nach einem längeren oder kürzeren Zeitabschnitte, der Wochen oder auch Monate betragen kann, tritt das Erbrechen in ähnlicher Weise wieder auf.

Die Krankheit kommt meist zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahre vor und wird oft bei mehreren Kindern derselben Familie beobachtet. Das weibliche Geschlecht wird von derselben öfters heimgesucht. Neuro-arthritische Heredität, Dyspepsien, Enteritis mucomembranacea prädisponieren zu derselben, ebenso scheinen adenoide Vegetationen, Anginen und infektiöse Krankheiten eine gewisse ätiologische Rolle zu spielen. Am wichtigsten in dieser Beziehung scheint aber die Appendizitis zu sein, und man wird bei genauer Untersuchung bei etwa 50% der Fälle das Vorhandensein einer Blinddarmentzündung feststellen können.

Die Prognose ist im allgemeinen eine gute, doch sind auch tödliche Fälle vorgekommen. Besteht eine Appendizitis, so hört nach operativer Behandlung derselben das Erbrechen auf. Die medizinische Behandlung beruht auf der Anwendung von Alkalien (doppeltkohlensaurem Natrium in großen Dosen, alkalischen Wässern), passender Nahrung mit Bevorzugung der Vegetabilien und Früchte, Aufenthalt in freier Luft, Hydrotherapie, Bädern, passender Körperbewegung, keiner geistigen Überanstrengung usw. Während der Krisen soll absolute Diät eingehalten und der Deshydratation durch Einspritzungen von künstlichem Serum entgegengearbeitet werden, auch kann man versuchen, dem Erbrechen durch Magenauswaschungen und subkutane Morphiumeinspritzungen Einhalt zu tun. E. Toff (Braila).

A. Gouget (Paris), Rougeole et lumière rouge. (La presse médicale. 1909. Nr. 34.) Die Frage, ob die Phototherapie und speziell das rote Licht auf eruptive fieberhafte Krankheit in günstiger Weise einwirkt, ist noch nicht endgültig gelöst worden, obzwar schon mannigfache einschlägige Versuche vorgenommen worden sind. Auch der Verf. hat diesbezügliche Versuche angestellt und vergleichsweise einen Teil seiner Masernkranken in rotem Lichte gehalten, während eine gleiche Anzahl sich unter gewöhnlichen Lichtverhältnissen befand. Er konnte aber eine augenscheinliche günstige Einwirkung des roten Lichtes nicht feststellen, außer vielleicht auf den Konjunktivalkatarrh, welcher eine rasche Besserung zeigte, die aber gerade so gut auch dem relativ schwachen Lichte, unter dem sich die betreffenden Patienten befanden, zugeschrieben werden könnte. Auch die Schwellung des Gesichtes schien durch die Lichtbehandlung günstig beeinflußt zu werden, während dieselbe auf die Komplikation von seiten der Atmungsorgane und des Darmtraktus keinerlei Einfluß auszuüben schien.

Um in definitiver Weise die Wirkung des roten Lichtes auf die in Rede stehende Krankheit beurteilen zu können, müßte man die be-

treffenden Untersuchungen auf eine viel genauere Basis stellen und es müßten nicht nur die Folgen verschiedenfarbigen Lichtes und gewöhnlichen Sonnenlichtes bei gleichartigen Krankenserien verglichen, sondern auch auf gleichstarkes Licht bei den verschiedenen Experimenten geachtet werden, da von vielen dem roten Lichte nicht nur keine bakterizide oder phagozytäre Einwirkung zugeschrieben wird, sondern nur einfach eine negative, die ebensogut auch durch Verdunkeln des Krankenzimmers erreicht werden könnte.

E. Toff (Braila).

A. Renaud, Tuberculose pulmonaire avec poussée générale aiguë et guérison spontanée. (Revue médicale de la Suisse romande. 20. Februar 1908.) 8 jähriges Mädchen eines seit 15 Jahren tuberkulösen Vaters, das von Combe (Lausanne) an einer bronchialen Adenopathie mit Infiltration der linken Spitze und der rechten Basis behandelt worden ist. — Am 24. Februar 1903 Pallor faciei, Hinfälligkeit, Fieber, Dyspnoë. Sämtliche Erscheinungen verschlimmern sich in den folgenden Tagen. Am 3. März legen Allgemein- und Lokalbefund den Gedanken an eine Miliartuberkulose nahe. Am 10. März Bronchialatmen, Rasseln, im schleimig-eitrigen Auswurf Tuberkelbazillen. Leib aufgetrieben und etwas empfindlich. Delirien, Photophobie, Erbrechen, Trismus, Nackenstarre, Taches cérébrales. Man nimmt eine Lungentuberkulose an, gefolgt von einer abdominalen, intestinalen und meningealen Tuberkulose. Am 18. März blutig tingiertes Sputum, tuberkelbazillenhaltig. Die zerebralen Erscheinungen verschwinden nun. Keine Besserung seitens der abdominalen Erscheinungen. Extreme Abmagerung. Am 10. April fühlt man in der Nabelgegend eine Resistenz. Andauernde Diarrhöe mit Schleimabgang und Tenesmus. Am 20. April Allgemeinzustand besser. Anfang Mai fieberfrei, Schall über der linken Spitze und der rechten Basis heller. Ende Mai kein Rasseln mehr. Die Resistenz in der Nabelgegend ist noch vorhanden. Herbst 1903: Gewichtszunahme 8 kg. In der linken Spitze und an der rechten Basis sklerotische Veränderungen. Im Frühjahr 1904 entleert sich aus dem Nabel Eiter, die Nabelfistel führt in die peritoneale Verdickung. Jodoformölinjektionen bringen die Fistel zur Heilung. Im Herbst hat sich die Nabeleiterung wieder etabliert, versiegte aber auch wieder. Im Frühjahr 1905 gelegentlich eines Grippenanfalls Rezidiv dieser Eiterung. Auf Jodoforminjektionen definitive Heilung. Im Frühjahr 1907 Hauttuberkulide am rechten Bein, die unter Heliotherapie usw. in 3 Monaten ausheilen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Redier, Sarcome globo-cellulaire de la mâchoire inférieure chez un enfant de 16. mois. Rundzellensarkom des Unterkiefers bei einem 16 monatigen Kind. (Revue de Stomatologie. 1908. Nr. 5.) In den ersten Tagen des Oktober 1907 wurde bei dem gesunden Knaben, der bis zum 14. Monat gestillt worden war und der im 5. Monat seinen ersten Zahn bekommen hatte, der unrichtig stehende linke untere Caninus entfernt; bald darauf bemerkte man das Erscheinen des ersten Molaris derselben Seite und um die über das Zahnfleisch vorspringenden Zahnhöcker einen kleinen Tumor

wie ein Fleischknopf; der durchbrechende Zahn war sehr beweglich, sodaß der Hausarzt die Extraktion für nötig hielt. Eine fleischige Masse, makroskopisch einem Granulom ziemlich ähnlich, war an den in Bildung begriffenen Wurzeln adhärent. R., der hinzugezogen wurde, konstatierte nun vor allem bei dem ziemlich blassen Kind eine sehr deutliche Deformation des Gesichts, die auf einer Geschwulstbildung des Unterkiefers beruhte, und beim Öffnen des Mundes entdeckte er einen voluminösen Tumor im ganzen Verlauf des horizontalen Unterkieferastes, vom Umfang eines starken Fingers, von ziemlich regelmäßiger Oberfläche, überall von Schleimhaut bedeckt, mit Ausnahme der noch offenen Extraktionswunden. Die Operation bestand in einer ausgedehnten Resektion des ganzen linken Unterkiefers mit samt dem aufsteigenden Ast und der vorderen Hälfte des rechten Unterkiefers. Die sehr rasch von Duret ausgeführte Operation verlief ohne Zwischenfall. Um die zweite Nachmittagsstunde trat aber ganz plötzlich eine Synkope ein, in der das Kind blieb.

Die mikroskopische Untersuchung des in den Knochen hineingewachsenen Tumors ergab ein typisches Rundzellensarkom, in dessen Mitte veritable Blutergüsse zu sehen sind, was sowohl das rasche Wachstum wie seine tiefrote Farbe erklärt. H. Netter (Pforzheim).

Méry, Diagnostic précoce de la tuberculose chez les enfants. (Bull. de l'acad. de méd. 8. Dezember 1908.) M. vergleicht in dieser Note die bei phthiseverdächtigen Kindern durch die Auskultation gelieferten Resultate mit denjenigen, welche bei denselben Personen die Ophthalmoreaktion ergab. 76% der nach der klinischen Untersuchung verdächtigen Kinder haben auf die Ophthalmoreaktion positiv reagiert. Bei den nach der klinischen Prüfung normal erscheinenden Kontrollkindern fand sich nur in 20% eine positive Reaktion und die war jedesmal leicht. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß für die Auswahl der tuberkuloseverdächtigen Kinder in der Schule die physikalische Untersuchung den ersten Platz behalten muß. Die Ophthalmo- oder die Kutireaktion dagegen sollen nur in den zweifelhaften Fällen zur Kontrolle herangezogen werden. H. Netter (Pforzheim).

Méry und **Parturier**, Pneumokokkenmeningitis. (Bull. et Mém. soc. méd. des hôp. 13. November 1908.) In der Sitzung vom 13. November machte M. Mitteilung von einem Kinde, das während der Rekonvaleszenz von Diphtherie an einer Pneumokokkenmeningitis erkrankte. Die Lumbalpunktion ergab eine trübe, sehr zellarme, aber an Pneumokokken überreiche Spinalflüssigkeit. Ein damit angestellter Tierversuch (Impfung einer Maus) blieb negativ. M. ist der Meinung, daß die ätiologische Armut der Spinalflüssigkeit auf einer Insuffizienz der Abwehrkräfte des Organismus beruht. H. Netter (Pforzheim).

Forchheimer, Anorexia nervosa in children. (Transactions of the American Pediatric Society. 1908. Vol. XIX.) 1873 beschrieb Lasèque unter dem Namen „Anorexia hysterica" und Gull unter der Bezeichnung „Anorexia nervosa" (1874) eine wirkliche Neurose, die Collins und Soltmann 1894 bei Kindern beobachteten. Die Arbeit des letzteren „Anorexia cerebralis und zentrale Nutritions-

neurosen" betitelt, ist äußerst interessant. Es handelte sich um einen 12jährigen, nervösen, sehr mageren Knaben, der seit 3 Jahren einen absoluten Mangel jeglichen Verlangens nach Nahrung darbot. Am 15. November 1893 in das Hospital eingetreten, nimmt er auf Drängen nur minimalste Nahrungsmengen. Er will weder kauen noch schlucken. Tägliche Faradisation 2 Minuten lang. Danach ißt der Knabe ziemlich gut, verläßt aber zu früh das Krankenhaus, in das ihn ein Rezidiv zurückbringt. Nunmehr definitive Heilung. In einem Fall von Marshall (Lancet 1895) erlag das 11jährige Mädchen seinem Leiden. Die Autopsie hatte ein negatives Ergebnis.

F. definiert die Krankheit als eine bei neuropathischen Mädchen und Knaben vorkommende Anorexie, die unter schwerem Gewichtsverlust, ohne eine organische Läsion tödlich enden kann. Man kann die Krankheit als Neurose oder Psychose auffassen. Die Anorexie kann vollständig oder unvollständig sein, je nachdem das Kind überhaupt gar nichts oder etwas nimmt. In allen Fällen ist die Abwesenheit jeglicher organischen Läsion zu betonen. Diese Anorexia nervosa ist streng zu unterscheiden von der Anorexia symptomatica, die viele Krankheiten begleitet. Neben schweren Formen gibt es natürlich auch leichtere: Ein 7jähriges Mädchen nervöser Eltern, die unter 3 anderen Kindern ein idiotisches haben, von heftigem Temperament, setzt sich in den Kopf, seine Nahrung bis auf wenige Speisen beschränken zu können, von denen im übrigen nur ganz ungenügende Mengen genossen werden: Fleisch und Gemüse in geringer, Käse und Salat in großer Menge. Konstipation, Abmagerung, Schlaflosigkeit, allgemeines Unbehagen. Gewicht ca. 6—7 Pfund unter dem Durchschnitt. In Urin und Blut keine abnormen Bestandteile, kein hysterischen Stigmata, Intelligenz normal. Heilung nach 4wöchentlicher Behandlung, Gewichtszunahme 9 Pfund, Schlaf und Verdauung geordnet, das Kind ißt vor allem. — Ein 12jähriges Mädchen nervöser Eltern, künstlich ernährt, nie krank gewesen, hat nie wie andere Kinder gegessen. Seit einem Jahr ißt es nur noch Pickles, Salat und Oliven und erbricht sofort jede andere ihm aufgezwungene Speise. Bei diesem Regime fiel es ab, verlor das Interesse an seinen Studien, wurde matt, traurig, reizbar, sträubte sich gegen den Schulbesuch. Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit. Der Appetit wird immer weniger, die Abmagerung immer größer. Eines Tages bricht es auf der Straße zusammen. Nach Hause gebracht wird es in der folgenden Nacht von quälenden Träumen gepeinigt und spricht vom Tod. F. präsentiert sich das Kind in Zustand vorgeschrittener Abmagerung, mit Blässe, ohne Fieber, ohne organische Veränderung, Indikan vermehrt, Hämoglobin vermindert. Kniereflexe gesteigert, Sphinkterlähmung. Unter geeigneter Behandlung Gewichtszunahme, 16 Pfund in 6 Wochen, und völlige Heilung. Dies sind die gewöhnlichen Formen der nervösen Anorexie. Sie kommt indes auch ausnahmsweise in der ersten Kindheit vor. 1jähriger Knabe nervöser Eltern. Vater früher syphilitisch gewesen, sein Kind aber frei von jeder spezifischen Manifestation, 8 Zähne, gut entwickelt, bis zum 9. Monat an der Brust. Ein Versuch, Beinahrung zu geben, schlug fehl. Bis auf ein wenig Wasser, bisweilen aus einer Tasse, mag das Kind nichts nehmen.

Mit einem Jahr Abgewöhnung, das Kind wird einer Wärterin anvertraut. Aber jede Nahrung wird zurückgewiesen, einmal täglich nimmt es die Brust und trinkt Wasser. Um es von der Mutter zu trennen, gibt man es in das Hospital. 4 Tage lang erhält es dort per os gar nichts, nur Salzwasserklistiere, dann gibt man Milch, Kakao, Suppen, Mehle, die Speisen warm und kalt, die Getränke warm, gezuckert, gesalzen. Das Kind will nur Wasser. Gewichtsverlust 3 Pfund, Sondenfütterung — 225 g Milch und Grießsuppe viermal täglich, 2 Wochen hindurch, daneben gewöhnliche Nahrung immer wieder versuchend. Am Ende der zweiten Woche wird ein wenig Nahrung genommen und die Sondenfütterung findet weniger oft statt. Am Ende der dritten Woche ist sie ganz überflüssig geworden. Rasche Besserung von da ab, Gewichtszunahme in wenigen Wochen 4 Pfund. — 3jähriger Knabe nervöser Eltern, der seit einiger Zeit die bis dahin mit Vergnügen genommenen Speisen refüsiert. Tiefe Abmagerung. Auskultation negativ. Hyperästhesie, Hypothermie, schwacher Puls, Pallor faciei, Ödem der Beine. Die Eltern lehnen die ihnen vorgeschlagene Isolierung im Krankenhaus ab. Tod einige Wochen später. Als wichtigste therapeutische Maßnahme hat vor allem die Isolierung, die totale Änderung des Milieus, die Entfernung aus der Familie zu gelten, daneben hat sich die Bettruhe als eine ebenso wertvolle Unterstützung der ganzen Kur erwiesen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Schwinn, Thymic asthma with report of a case of thymectomie and resection of enlarged thyroid in a child swenty-three days old. (Journ. of Americ. med. Assoc. 20. Juni 1908.) Das Kind war durch eine schwere Zangengeburt zur Welt gekommen. Die auf Grund der klinischen Erscheinungen gestellte Diagnose fand durch die Radiographie ihre volle Bestätigung. Die Operation erfolgte in allgemeiner Narkose. Die rechte Hälfte der Thymus wurde in toto exstirpiert, die linke Hälfte in 3—4 Stücken, unter Zurücklassung eines kleinen Stückes der linken. Eine temporäre Erweiterung der oberen Brustapertur durch Resektion des Manubrium sterni erleichterte die Operation sehr wesentlich und wird von Sch. überhaupt als zweckmäßiges Vorgehen empfohlen, um bequemen Zugang in die Tiefe zu erlangen. Nach der Operation wurde die Atmung sofort ruhig und regelmäßig. Der Wundverlauf war vollkommen fieberfrei. Das Kind wurde schon am achten Tag post operat. geheilt entlassen und hat seit der Operation rasch zugenommen. Nach dem Ergebnis der mikroskopischen Prüfung handelte es sich um eine einfache Hypertrophie. Die beiden Thymuslappen bildeten zusammen ein Organ von 3,8 cm Länge, 5 cm Breite, $2^1/_2$ cm Dicke.

Sch. meint, daß dieser etwas schwere Eingriff trotz des Alters der Kinder häufiger vorgenommen zu werden verdient, unter Hinweis auf die bereits erfolgreich operierten analogen Fälle, von denen er aus der Literatur 6 sammelt (2 von Rehn, 2 von König, 1 von Perrucker, 1 von Jackson). Der von Alsberg in Hamburg operierte und von Hinrichs beschriebene Fall von einem 10wöchigen Kind scheint ihm entgangen zu sein.

H. Netter (Pforzheim).

M. Michalowicz, Über eine Epidemie des Erythema infectiosum multiforme nach Masern. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Bd. I. Heft 4 u. 5. S. 342.) Im Frühling und Sommer des Jahres 1907 hat der Verf. Gelegenheit gehabt, eine seltene Epidemie von 30 Fällen des Erythema infectiosum multiforme nach Masern zu beobachten. Das Exanthem erinnerte auf den ersten Blick an Masern. Rötliche, erhabene, unregelmäßige, von durchschnittlich einigen Millimetern bis 1 cm große, öfters konfluierende Flecke bedeckten dicht die Wangen, spärlicher die Stirne. Die Ohren waren selten bedeckt. Das nasolabiale Dreieck blieb frei. Am Halse war das Exanthem spärlicher. Dafür waren die Extremitäten, besonders die Streckseiten der oberen, mit Exanthem bedeckt. Am Stamme war in den meisten Fällen fast nichts zu sehen. Die Diagnose Masern war ausgeschlossen, da sämtliche Kinder beim Verf. selbst vor kurzem wegen Masern in Behandlung waren. Koplik fehlte in allen Fällen, ebenso war kein Katarrh der oberen Luftwege nachzuweisen. Die Temperatur hielt sich während der ersten paar Tage auf 37,5, nachher war sie normal. Das Exanthem verschwand allmählich in 5—6 Tagen ohne Schuppung. Auf Grund der obgesagten Merkmale gehört das Exanthem in die Gruppe Erythema infectiosum multiforme Escherich. Autoreferat.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

6. Sitzung vom 28. April 1909.

1. Privatdozent Adolph H. Meyer: **Demonstration eines Patienten mit angeborener Deformität der Claviculae.** Patient war ein 14jähriger Knabe, dem der mittlere Teil der beiden Claviculae fehlte. Er konnte die Arme frei bewegen, passiv ließen sich die beiden Schultern vorne beinahe vollständig zusammenführen. Man fühlte einige Bindegewebstränge zwischen den freien Knochenenden der beiden Schlüsselbeine. Ein Röntgenbild der Deformität wurde vorgezeigt. Der Knabe hatte auch Ossifikationsdefekte der Schädelknochen, welche ebenso wie die Schlüsselbeine im Bindegewebe präformiert sind. Der Knabe hatte, 1 Jahr alt, schwere Rachitis, schon damals war die Deformität vorhanden. Die Mutter und ein älteres Kind hatten Syphilis durchgemacht. Der Knabe hatte selbst weder im ersten Lebensjahr noch später Zeichen von Syphilis gehabt. Möglicherweise läßt die Deformität durch ein fötales Leiden des mittleren „diaphysären" Teils der Schlüsselbeine sich erklären.

2. Privatdozent H. P. T. Oerum: **Die Cholerinestatistik.** Der Vortr. hat eine Statistik über die in Kopenhagener Hospitälern behandelten Fälle von Gastroenteritis acuta in 1906—1907—1908 gesammelt. Es handelte sich um 866 Fälle. 90% der Kinder waren unter 1 Jahr, und von diesen waren ca. 40% unter 4 Monaten, ca. 30% 4—6 Monate, ca. 12% 7—9 Monate und ca. 7% 10—12 Monate alt. Von den Säuglingen starben vor dem 30. Krankheitstag 1906 36,7%, 1907 (da die Epidemie eine sehr milde war) 27,4%, 1908 32,1%. Wenn man die in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme gestorbenen abzog, waren die Zahlen bzw. 28,8%, 23,5% und 26,6%. Die offizielle Statistik, die die Todesfälle der ganzen Stadt inklusive die Spitäler umfaßte, zeigte 24,3%, 21,3% und 27,5% für die drei Jahre; das bedeutet, daß die schwersten Fälle in die Spitäler aufgenommen wurden. Die Sterblichkeit war im ersten Vierteljahr 41%, im zweiten 35,2%, im dritten 45,5%, im vierten 22,2%. An den ersten zwei Krankheitstagen wurden 15%, an dem dritten und vierten Krankheitstag wurden 25%, am 5.—6. Krank-

heitstag 12% und am 7.—8. Krankheitstag 25% aufgenommen. 25% der Fälle hatten früher an Dyspepsie gelitten. 33% hatten Brust 1 Monat oder länger bekommen, 50% waren immer künstlich genährt. Nur 13 von den 866 Patienten hatten Brust bis zu der Aufnahme bekommen, zwei von diesen starben. Temperatur über 38° wurde in der Hälfte der Fälle gefunden (ca. 45% von diesen starben). Pyurie trat in 7,6% der Fälle auf (29 Knaben, 37 Mädchen). Die Mortalität für die Patienten, die Krämpfe hatten, war 70%; für die Patienten, die Bronchopneumonien bekamen, 80%. In ca. 50% der Fälle entwickelte sich eine chronische Dyspepsie. 4,4% der geheilten waren nach dem akuten Leiden atrophisch gewesen. 60% der Fälle traten im Juli, August und September auf. Es war innerhalb eines bestimmten Monats kein Parallelismus zwischen der Temperatur und der Anzahl der Fälle; die Bedeutung der warmen Sommer war doch unzweifelhaft; die Krankheit trat nach dem Temperaturmaximum auf, was nach der Meinung des Vortr. für Infektion sprach. Es zeigte sich, daß (mit Abzug der moribund aufgenommenen) nur 1,6% der Todesfälle an dem 1.—2. Krankheitstag, 14,2% an dem 3.—4. Krankheitstag und 30% an dem 5.—6. Krankheitstage auftraten, wenn man die Todesfälle in den ersten 10 Krankheitstagen berechnete, was gutes Versprechen für eine wirksame Therapie gab, wenn die Aufnahme am 1.—2. Krankheitstag stattfand.

Der Vortr. empfahl unentgeltliche Behandlung der Cholerine der Säuglinge in Krankenhäusern. Das beste Vorbeugungsmittel sei Brustnahrung.

Diskussion: Oberarzt Monrad glaubt auch, daß die Spitalsbehandlung die beste für die Cholerine sei, aber der Zeitpunkt für eine Zuschrift zu den Behörden in betreff unentgeltlicher Behandlung sei jetzt nicht günstig.

Dr. Fabricius-Bjerre meint, daß es, um die Sterblichkeit der in der Stadt behandelten Fälle auszurechnen, notwendig wäre, die in den Spitälern behandelten Fälle abzuziehen.

Privatdozent Oerum behauptet, daß diese keine größere Rolle spielen.

3. Privatdozent C. E. Bloch: **Ein Fall von Zerebrospinalmeningitis mit Antimeningokokkenserum behandelt.** Der Vortr. hatte einen 5jährigen, an Zerebrospinalmeningitis leidenden Knaben mit intraspinalen Seruminjektionen behandelt; der Knabe wurde geheilt. Der Vortr. empfahl die Serumbehandlung.

Diskussion: Oberarzt Monrad glaubt, daß auch die Lumbalpunktion die Ruhe verschaffen konnte, welche nach den intraspinalen Injektionen auftrat, ist im ganzen noch skeptisch gegenüber der Serumbehandlung.

Privatdozent C. E. Bloch hob hervor, daß die Schmerzen in unmittelbarem Anschluß an die erste Seruminjektion aufgehört hatten, und daß der Patient später während der ganzen Krankheit ohne Schmerzen war, was etwas ganz anderes sei als die kurz dauernde Erleichterung nach einer Lumbalpunktion.

Adolph H. Meyer.

---

81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

III. Sitzung vom 19. September, vormittags.

Vorsitzender: Heubner (Berlin).

Hohlfeld (Leipzig): **Die Bedeutung der Rindertuberkulose für die Infektion im Kindesalter.** Die bisherigen Untersuchungen über die Bedeutung der Rindertuberkulose für die Infektion des Menschen nötigen uns zu dem Schlusse, daß Perlsuchtinfektionen beim Kinde vorkommen. Diese beschränken sich aber auf die Nahrungs- und Verdauungswege und ihre regionären Lymphknoten. Die Lungentuberkulose wird nicht durch sie hervorgerufen. Die Infektionen mit Perlsucht können daher gegenüber der Infektion mit Menschentuberkulose auch im Kindesalter nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Perlsucht darf zwar nicht ver-

nachlässigt werden, wenn man den Kampf gegen die Tuberkulose im Kindesalter führen will, in erster Linie aber muß sich der Angriff gegen die Tuberkulose des Menschen richten.

Schick (Wien) spricht über die Verwertbarkeit des Symptomes „**Exspiratorisches Keuchen**" für die Diagnose der Lungendrüsentuberkulose des ersten Lebensjahres. Dieses Symptom wurde an 41 Fällen bei bis 4 jähriger Beobachtungsdauer studiert. Es ergibt sich, daß das Symptom zusammen mit positiver Pirquetscher Reaktion im ersten Lebensjahre mit Sicherheit für die Diagnose Bronchialdrüsentuberkulose spricht. Die anatomische Grundlage des Symptoms bildet nach den Sektionsbefunden die Kompression eines Hauptbronchus, gewöhnlich des rechten, in der kurzen Strecke zwischen Bifurkation und Abgangsstelle des Bronchus für den Oberlappen. Jenseits des ersten Lebensjahres ist die anatomische Grundlage des Symptoms nicht mehr einheitlich.

Anschließend an diese Mitteilung berichtet Sluka (Wien) über **Röntgenbefunde bei 25 dieser Fälle.** Bei Kindern des ersten Lebensjahres mit exspiratorischem Keuchen uud positiver Pirquetscher Reaktion findet sich stets ein röntgenologisch nachweisbarer Lungenherd. Durch diese Trias von Symptomen wird die Diagnose Lungen-Drüsentuberkulose zur Sicherheit. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres mit dem Symptom des exspiratorischen Keuchens finden sich auch andere röntgenologische Befunde, bedingt durch Senkungsabszesse nach Karies der Wirbelsäule und Pneumothorax.

Karl Leiner und Fritz Spieler (Wien) berichten in ihrem Vortrage: **Zur disseminierten Hauttuberkulose im Kindesalter** zunächst im Anschluß an ihre vorjährigen tierexperimentellen Untersuchungen zum Nachweis der bazillären Ätiologie der Folliklis über den mikroskopischen Befund vereinzelter säurefester Stäbchen in einigen Folliklisefflореszenzen. Dagegen ließen sich die von Much beschriebenen granulären, nicht säurefesten Formen des Tuberkelbazillus in denselben nicht nachweisen.

Die Vortr. besprechen hierauf zwei andere der Folliklis klinisch ähnliche Formen der disseminierten Hauttuberkulose bezüglich ihres klinischen und histologischen Befundes, sowie ihrer diagnostischen und prognostischen Bedeutung, und zwar:

1. Die akute hämorrhagische Miliartuberkulose der Haut, klinisch charakterisiert durch ihren hämorrhagischen Charakter, histologisch durch zirkumskripte Nekroseherde um thrombosierte kleine Hautgefäße mit ungemein reichlicher Tuberkelbazillenaussaat, sowohl in den Nekrosen, wie in den Gefäßthromben — ein Befund, der die bazillärembolische Entstehung dieser Hauttuberkulose dokumentiert.

2. Den Lupus miliaris disseminatus mit histologisch in Kutis und Subkutis nachweisbaren typischen Lupusknötchen ohne Nekrose.

Auf Grund des genauen klinischen und histologischen Studiums der namentfür das Kindesalter diagnostisch und prognostisch bedeutungsvollen disseminierten Hauttuberkulosen kamen die Vortr. zur Erkenntnis, daß sich eine strenge Scheidung der einzelnen Formen, deren gemeinsames Band ihre hämatogene Entstehung bildet, namentlich klinisch vielfach nicht durchführen läßt und daß die besprochenen drei Krankheitsbilder nur Typen darstellen, zwischen denen sich sicherlich weniger scharf charakterisierte Übergänge finden lassen.

Diskussion: Hochsinger (Wien) hat bei Kindern mit exspiratorischer Dyspnoe auch Röntgenbilder beobachtet, die Buckel an den Grenzen des Herzmittelschattens zeigten. Dieser Befund deutet auf Lungenherde.

Finkelstein (Berlin) hält die exspiratorische Dyspnoe für einen sehr seltenen Befund, er hält die Perkussion der Wirbelsäule für ebenso diagnostisch wichtig wie die Untersuchung des Blutbildes zur Abgrenzung gegen Asthma und Kapillärbronchitis.

Feer warnt davor, das Röntgenbild — namentlich im Beginn — zu hoch zu werten. Die Perkussion hält er für unzuverlässig; die Bifurkation beginnt höher als beim IV. Brustwirbel.

Escherich betrachtet das Symptom der exspiratorischen Dyspnoe als Leitstern bei der Diagnose; er hält die Perkussion des Interskapularraumes für äußerst wichtig und spricht sich für die Röntgenuntersuchung aus.

Soltmann (Leipzig) hält das Symptom der exspiratorischen Dyspnoe, auf das bereits Widerhofer aufmerksam gemacht hat, für abhängig von der Vagus-

kompression, betont ferner die Wichtigkeit keuchhustenartiger Anfälle für die Diagnose.

Pfaundler erinnert besonders an die anfallsweise auftretenden Zustände exspiratorischen Keuchens und erzählt eine diesbezügliche Beobachtung, die anfangs als Asthma bronchiale imponierte, sich aber bei der Sektion als Tuberkulose erwies; er berichtet über Vergleiche von Obduktionsbefunden mit Röntgenbildern und erweist, daß sehr viele Drüsen keine Röntgenschatten machen; die Wirbelsäulenperkussion wertet er niedrig.

Zappert (Wien) bemerkt, daß auf Grund einer von ihm zusammengestellten Statistik die Art der Säuglingsernährung keinen großen Einfluß auf das Auftreten von Tuberkulose hat.

Hecker (München) macht darauf aufmerksam, daß das Keuchen auch von einer Myokarditis ausgelöst werden kann.

Schlossmann (Düsseldorf) meint, daß gerade in den Fällen, in denen es am meisten nottut, das Röntgenbild im Stiche lasse. Die chronischen Tuberkulosen kommen beim Brustkind weniger häufig vor als beim künstlich genährten; für die akuten Formen gilt das nicht.

Reyher (Berlin) mahnt bezüglich der Deutung des Röntgenbildes zur Vorsicht.

Siegert (Köln) meint, daß die Momentaufnahmen besseren Aufschluß geben als die Daueraufnahmen; er stellt die Allergieverhältnisse in den ersten 6 Lebensmonaten zur Diskussion.

Hochsinger führt aus, daß man im Röntgenbild nur Lungenherde sehe, nicht jedoch Drüsenherde.

Seitz (München) bezweifelt die Wertigkeit des Röntgenbildes und der de la Campschen Perkussionsmethode.

Lehndorff (Wien) meint, daß das Röntgenogramm manchmal weniger, manchmal mehr ergebe als die Sektion.

Ganghofner erklärt sein Einverständnis zum Hohlfeldschen Referat, er betont die Wertigkeit der Pirquetschen Reaktion im Säuglingsalter.

Knöpfelmacher (Wien) betont die Bedeutung der Temperaturkurve für die Diagnose der Bronchialtuberkulose.

Ibrahim (München) schließt sich Reyher bezüglich der Benutzung des Röntgenogramms an.

Feer, Siegert, Moro, Soltmann, Noeggerath erörtern die Verhältnisse der Pirquetschen Reaktion in den ersten 6 Lebensmonaten.

Moro bemerkt, daß, wenn sie auch in dieser Zeit trotz bestehender Tuberkuloser fehlen kann, ihre diagnostische Bedeutung doch im ersten Lebenshalbjahr groß sei.

Soltmann bemerkt noch, daß die Infektionsquelle bei Tuberkulose auch für den Säugling der Mensch und nicht das Kind sei.

Heubner (Göttingen): **Versuche über den Phosphorumsatz des wachsenden Organismus.** Der Autor berichtet zunächst über den Phosphorstoffwechsel während der beiden ersten Lebenstage und sodann über Experimente an wachsenden Hunden, die unter Phosphorhunger aufgezogen wurden. Das interessante Ergebnis dieser Versuche bestand darin, daß sich bei jenen Tieren, die unter phosphorarmer Nahrung gehalten wurden, eine Knochenerkrankung ausbildete, die nach den Untersuchungen Schmorls große Ähnlichkeit mit den Knochenveränderungen bei Morbus Barlow aufwies.

In der Diskussion berichtet Langstein über gemeinsam mit Niemann ausgeführte Versuche über den Phosphorumsatz in den ersten 14 Lebenstagen.

J. Rosenstern (Berlin): **Kalzium und Spasmophilie.** Experimentelle und klinische Studien über Spasmophilie haben die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Ca-Salze gelenkt. Als Ausgangspunkt aller dieser Untersuchungen kann der von der modernen Ionenlehre erbrachte Nachweis gelten, daß Kalziumlösungen auf Nerv- und Muskelpräparat im Sinne einer Verminderung der elektrischen Erregbarkeit wirken, kalkfällende Lösungen entgegengesetzt. Das Tierexperiment hat diese am Nervmuskelpräparat gewonnenen Anschauungen bestätigt. Von diesen Tatsachen ausgehend hat man den Kalziumstoffwechsel bzw. den Kalkgehalt der Organe bei den Übererregbarkeitszuständen des Kindesalters untersucht, mit der Möglichkeit rechnend, daß hier eine Verarmung an Kalzium eine Rolle spiele. Eine Reihe von Beobachtungen spricht für diese Auffassung. Mit Sicher-

heit konnte ferner eine Kalkverarmung des Blutes und Nervensystems bei experimenteller parathyreopriver Tetanie nachgewiesen werden (Mc Callum, Vögtlin). Es lag nahe, den Einfluß alimentärer Kalziumzufuhr zu prüfen. Bei experimenteller Tetanie ergab die Prüfung ein eindeutiges Resultat: Kalziumzufuhr brachte den Symptomenkomplex für eine Zeitlang zum Verschwinden. Die Erfahrungen der Kinderärzte über Kalziumzufuhr bei Spasmophilie lauten dahingegen verschieden (Stöltzner, Risel, Bogen, Netter, Stone). Eine erneute Prüfung der Frage ergab folgendes: Einmalige stomachale Zufuhr von 100 ccm 3%igem Kalziumchlorid oder Calcium aceticum-Lösung bei spasmophilen Kindern ergab in 12 von 14 Fällen eine deutliche Beeinflussung des spasmophilen Symptomenkomplexes und Herabgehen der elektrischen Erregbarkeit auf normale Werte, Verschwinden des Fazialisphänomens, eventuell Sistieren von Laryngospasmen; aber schon nach 12 bis höchstens 24 Stunden Rückkehr der pathologischen Erscheinungen. Von anderen Salzen wurde bislang hauptsächlich noch 3% NaCl-Lösung geprüft; in keinem Falle erfolgte ein deutlicher Ausschlag nach der einen oder anderen Richtung. Auf das Wesen der Spasmophilie erlauben die Erfahrungen mit Kalzium keinen Schluß, für die Therapie akuter spasmophiler Zustände scheint ihre Anwendung nicht aussichtslos zu sein.

Diskussion: Thiemich (Magdeburg) sah — allerdings von viel kleineren Dosen — keinen Erfolg.

Feer wünscht Nachprüfung.

Soltmann weist darauf hin, daß nach den Untersuchungen von Kassowitz auch vom Phosphor kleine Dosen ganz anders wirken als große.

Escherich bestätigt die Beobachtungen Rosensterns, rekurriert auf die Epithelkörperchentheorie.

Hochsinger sieht in den vorgetragenen Untersuchungen die Brücke gezogen zwischen den Stoffwechselvorgängen bei Rachitis und Tetanie.

Escherich betont, daß die Schmelzdefekte bei Rachitis und Tetanie ganz verschieden sind; dem widerspricht Hochsinger.

Thiemich hält die Verhältnisse für bedeutend komplizierter und bemängelt die theoretisierenden Spekulationen Stöltzners.

IV. Sitzung, am 20. September 1909.

Vorsitzender: Soltmann (Leipzig).

Heubner (Berlin): **Über schwere Verdauungsinsuffizienz beim Kinde jenseits des Säuglingsalters.** Gegenstand der Mitteilung ist die Beschreibung eines chronischen, über Monate und Jahre sich hinziehenden, Krankheitszustandes der Verdauungsorgane, der sich dadurch kennzeichnet, daß die Fähigkeit des Kindes, die bisher in der gewohnten Weise bekömmliche Nahrung zu bewältigen, plötzlich oder allmählich versagt und in einen Schwächezustand übergeht, der auch die leichteste Nahrung nicht mehr auszunützen vermag, was eine bis in die äußersten Grade sich steigernde Abmagerung, Blässe, Schwäche, Hinfälligkeit und tiefe Verstimmung zur Folge hat, ja selbst zur Ursache eines tödlichen Ausganges werden kann.

Das Leiden ist nicht auf die gewöhnlichen, jedem Arzte geläufigen Magen-Darmerkrankungen des Säuglings zurückzuführen. Es handelt sich um Kinder in dem zweiten oder dritten Lebensjahr, und zwar um solche wohlsituierter Kreise, denen es während des Säuglingsalters in keiner Weise an Pflege und ärztlicher Überwachung gemangelt hat und die denn auch in gutem Zustande mit normalem Gewicht, reger Muskeltätigkeit, Fähigkeit zu stehen und zu gehen, im Besitze einer Reihe von Zähnen meist nach langer Dauer der natürlichen Ernährung, zuweilen auch nach erfolgreicher künstlicher, in ihr zweites Lebensjahr eintreten.

Allen vom Berichterstatter beobachteten war es gemeinsam, daß in der Ernährung — wie das ja bei zahlreich gesund bleibenden Kindern auch der Fall — die Kuhmilch den weitaus größten Betrag von Zufuhr bildete. Unter solcher, scheinbar ganz rationeller, vom Arzt mit Sorgfalt überwachter Diät nimmt also in fraglichem Fall das Kind mit einem Male nicht mehr zu und kann nun monatelang auf seinem Gewichte stehen bleiben. Auch das Längenwachstum und alle andere Weiterentwicklung hört auf trotz aller Modifikationen, die jetzt mit der Milchnahrung vorgenommen werden. Bekommt man solche Kinder in derartig

atrophischem Zustande zu sehen, so zeigen die inneren Organe bis auf den meist stark aufgetriebenen Leib keinerlei nachweisbare Veränderungen. Die Ausleerungen deuten auf jene Verdauungsstörungen hin, die man jetzt als Milchnährschaden bezeichnet: wenig gefärbte, graue und graugelbe, trockene, derbe Massen von üblem Geruch, alkalischer Reaktion, oft vom Schleim durchsetzt. Ihr Hauptbestandteil sind Kalkseifen. Man bessert bei derartigen Anzeichen den Zustand gründlich nur dadurch, daß man die Milch aus dem Diätzettel ganz verbannt, oder wenigstens sehr stark, auf 100—150 g täglich einschränkt und dafür Kakao, Kindermehlsuppen, Grießsuppen, Zwieback und Kakes, mittags eine zu feinem Brei verarbeitete Mahlzeit aus feingewiegtem Fleisch, Gemüse und Kartoffeln reicht, wobei man aber sehr vorsichtig, langsam und tastend vorwärts gehen muß.

Aber es gibt eine zweite Kategorie solcher verdauungsschwacher Kinder, bei denen eine derartige Diätänderung nur kurze Zeit von günstigem Erfolg begleitet ist, um nachher doch wieder ins Gegenteil umzuschlagen, und dann häufig in Gestalt von Katastrophen: Fieber, Diarrhöen, rapidem Gewichtssturz in wenigen Tagen. Der Erfahrenere merkt die Gefahr gewöhnlich schon einige Tage vorher an einer Beschaffenheit der Entleerungen, die nach A. Schmidt charakteristisch für die Gärungsdyspepsie ist: große, weiche, aber nicht zerfließende, von Gasblasen durchsetzte, meist braune Massen von saurem Geruch und saurer Reaktion. Sie bedeuten, daß die verdauenden Zellen auch dem Kohlehydratanteil der Nahrung nicht mehr gewachsen sind. In den schwersten derartigen Fällen tritt dieses sogar gegenüber dem Zucker der Frauenmilch ein, wenn man deren Zufuhr soweit zu erhöhen versucht, daß das Energiebedürfnis des Kindes einigermaßen gedeckt wird. Dann ist freilich kaum noch Hoffnung auf einen günstigen Ausgang vorhanden.

Im allgemeinen stellt diese Kategorie von Kranken die Kunst des Arztes auf die allerschwerste Probe. Es wird hier nichts mehr verarbeitet als der eiweißhaltige Bestandteil der Nahrung. Aber allein mit Eiweiß läßt sich eine Ernährung nicht ermöglichen. Immerhin wird dieses in Gestalt von Eierwasser, Fleischsaft, Kasein, vorsichtig ganz fein geschabtem oder feinst gewiegtem, gebratenem Fleisch, einen wichtigen Bestandteil der Tageszufuhr zu bilden haben. Daneben wird man seine Zuflucht schließlich doch zu (abgezogener) Frauenmilch nehmen müssen. Sie wurde vom Berichterstatter im Anfange sogar entfettet verabreicht. Allmählich steigt man, fügt, wo es möglich, Eselsmilch hinzu und dann beginnt man äußerst vorsichtig wieder Amylazeen in Form von geröstetem Gebäck (Toast, Zwieback, Kakes) zu versuchen. Aber für alle Fälle wird man hier mit unvorhergesehenen schweren Rezidiven und mit einem monatelangen Kampf zu rechnen haben.

Das Wesen dieser im ganzen seltenen, aber sehr merkwürdigen Erkrankungen erblickt Verf. in einer minderwertigen Veranlagung des gesamten Verdauungsapparates, die wahrscheinlich eine besonders leichte Erschöpfbarkeit der Funktionen gegenüber einer lange Zeit fortgesetzten Zufuhr einer qualitativ immer gleichen Nahrung zur Folge hat.

Diskussion: Escherich erinnert an die Enteritis membranacea, die die Ursache zahlreicher chronischer Störungen ist, bei der Eier und Fleisch schlecht vertragen werden (besonders häufig in den wohlhabenden Kreisen von Ungarn). Combe behandelt diese Fälle streng mit Mehldiät. Eine andere Form soll sich unter dem Bilde des „Mehlnährschadens" darstellen und wird durch Ausschluß der Kohlehydrate geheilt.

Gernsheim will alles durch die Stuhluntersuchung entscheiden.

Hecker setzt das periodische Erbrechen mit Azetonämie in Analogie; er fragt, ob nicht abhärtende Prozeduren ätiologisch anzuschuldigen sind.

Lugenbühl (Wiesbaden) erwähnt die Rolle der Neuropathie bei diesen Zuständen und gedenkt des Fehlens gewisser Magenfunktionen als ätiologischen Faktors.

Thiemich meint, daß manche Fälle ins Säuglingsalter zurückgehen; er bespricht die Differentialdiagnose zur Tuberkulose.

Selter (Solingen) hält die Enteritis membranacea für nicht zum Bilde gehörig, wendet sich auch gegen die übermäßige Wertung der Fäzesuntersuchungen.

Albu (Berlin) hält die Fälle für ererbte Konstitutionen, nicht für eine isolierte Erkrankung des Darmes, bespricht den Wert der Fäzesuntersuchungen; er hält den Magen für den Ausgangspunkt der Erkrankung.

Finkelstein hält für ein Hauptstigma der Fälle den Mangel der Reparationsmöglichkeit; es ist dies ein Zeichen des Fehlens allgemeiner Konstitutionsenergie. Diese Kinder verhalten sich noch im 1.—3. Jahre in bezug auf die Fähigkeit, bei ihnen alimentäre Intoxikationen hervorzurufen, wie junge Säuglinge; auf die leichteste parenterale Infektion stellen sich schwerste Zustände ein, es handelt sich um eine Rückständigkeit der gesamten Funktionen, von denen die des Darmes nur ein Teil ist. Die Anschauungen Albus und Gernsheims seien oberflächlich.

Combe (Lausanne) weist auf die regionären Verschiedenheiten in der Häufigkeit der Erkrankungen hin; der Zustand sei eng verknüpft mit entzündlichen Zuständen des Darmes. Die Behandlung sei bald ähnlich wie bei Diabetes, bald ein regime farineux.

Feer bezeichnet als eine Eigenschaft der Fälle die Toleranz für Mehl und die Intoleranz gegen Zucker; zentrifugierte Frauenmilch empfehle sich für die Behandlung. Ein wichtiges Symptom sei der Pseudoaszites dieser Fälle; von der Colitis membr. sind die Fälle unbedingt abzugrenzen.

Soltmann zieht Lasègues Krankheitsbild zum Vergleich heran.

Vogt erwähnt, daß Hutinel bereits diese Fälle beschrieben habe; die Hemmung des Wachstums sei kein wesentliches Kriterium der Fälle, sondern nur ein Glied in der Kette der Symptome; die Neuropathie spiele in der Pathogenese eine ausschlaggebende Rolle.

Heubner betont im Schlußwort, daß die Colitis membr. absolut nicht in dieselbe Gruppe gehöre; er ist ein Gegner der Mehldiät. Die eventuellen Symptome der Darmentzündungen hält er für sekundär.

Aschenheim (München): **Über Zuckerausscheidung im Kindesalter.** Die Assimilationsgrenze für Dextrose im Kindesalter ist vom Alter unabhängig. Ihr Durchschnitt beträgt bei Verabreichung des Zuckers in nüchternem Zustand ca. 3,2 g pro Kilogramm Körpergewicht (Erwachsene 2,8 g). Die Assimilationsfähigkeit zeigt beim Kinde entsprechend den Befunden beim Erwachsenen große individuelle Schwankungen. Bei der Pneumonie ist die Assimilatonsgrenze, wie schon bekannt, sehr herabgesetzt, beim Myxödem sehr hoch.

Zu den Erkrankungen, bei denen die Assimilationsfähigkeit sehr gering ist, gehört das konstitutionelle Ekzem.

Bei Lymphatikern, insbesonders bei solchen mit Hauterscheinungen, kommt es nicht selten schon bei relativ kohlehydratarmer Kost zur Ausscheidung von Zucker. Über die Art des ausgeschiedenen Zuckers läßt sich vorläufig nichts Bestimmtes aussagen.

Neben der Melliturie besteht bei Ekzemkranken öfters eine Azetonurie, und zwar in nichtfiebernden, unkomplizierten Fällen meist an zuckerfreien Tagen, bei fiebernden Ekzemkindern gleichzeitig mit Zuckerausscheidung.

Die Melliturie der Lymphatiker wird verständlicher, wenn wir den Lymphatismus der Kinder als Äquivalent der arthritischen Erkrankungen der Erwachsenen auffassen. Diese disponieren zur Glykosurie.

Diskussion: Rietschel (Dresden) und Grosser (Frankfurt a. M.) bestätigen die Häufigkeit der Zuckerausscheidung im Säuglingsalter; R. fand die Toleranzgrenze für Dextrose sehr hoch, nach Karottensuppe fand er Lävulose im Harn; er sah auch Zuckerausscheidung nach Kochsalzinfusionen.

Hecker (München) bespricht die Assimilationsgrenze bei hereditärer Lues.

Langstein sieht durch die mitgeteilten Untersuchungen das Symptom der Zuckerausscheidung nun nicht mehr als beweisend für alimentäre Intoxikation an; er warnt, die bisher mitgeteilten Methoden zur Charakterisierung der ausgeschiedenen Zuckerarten zu hoch zu werten.

L. F. Meyer betrachtet die Zuckerausscheidung als wichtiges Symptom einer Ernährungsstörung.

Feer (Heidelberg): **Die Kinderheilkunde im Universitätsunterricht.** 1. Es ist dringend notwendig, daß jede Universität eine Kinderklinik mit moderner Säuglingsabteilung und eine vom Dienst für Erwachsene getrennte Kinderpoliklinik (Ambulanz) besitzt. Diese Institute sollen unter der Leitung eines etatsmäßigen besonderen Professors stehen, der Pädiater von Fach ist und diese Funktionen im Hauptamt versieht.

Solange es an einzelnen Universitäten nicht möglich sein sollte, eine eigene Kinderklinik zu errichten, ist bis dahin mindestens eine besondere Säuglingsabteilung (wenigstens 20 Betten) erforderlich, die der medizinischen Klinik oder der Frauenklinik angegliedert sein könnte, jedoch dem Professor der Pädiatrie zu unterstellen ist.

2. Die Kinderklinik bzw. Poliklinik, an der sich der Studierende nach der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901, § 25, während eines Halbjahres als Praktikant beteiligen muß, darf nicht weniger als 4 Stunden pro Woche umfassen, wenn es dem Dozenten gelingen soll, auch nur das Allernotwendigste vorzuführen und zu lehren.

3. Die Wichtigkeit der Kinderheilkunde in der Praxis macht eine Prüfung über dieses Fach im Staatsexamen erforderlich, die durch den etatsmäßigen Fachprofessor erfolgen soll.

Wenn es sich vorläufig nicht als tunlich erweisen sollte, für die Kinderheilkunde einen besonderen Prüfungsabschnitt im Staatsexamen einzuführen, so könnte diesem Punkte in der Weise entsprochen werden, daß der Pädiater als Mitglied der Prüfungskommission beauftragt wird, abwechselnd mit den Examinatoren für innere Medizin, im Examen über innere Medizin in Kinderheilkunde zu prüfen. (Es geschieht dies bereits an mehreren Universitäten.)

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 29. Oktober 1909.

Goett: **Assoziationsversuche an Kindern.** Die nach der Methode Jungs (Zürich) an Kindern vorerst im Alter von 8—14 Jahren angestellten Versuche ergeben, daß die Kinder durchschnittlich noch mehr wie die ungebildeten Erwachsenen Jungs, zur inneren Assoziation neigen, und zwar um so mehr, je jünger sie sind. Die häufigste Form der inneren Assoziation scheint bei ihnen die der prädikativen Beziehung zwischen Reiz- und Reaktionszeit zu sein. Erst ältere bzw. weiter vorgeschrittene Kinder machen sich von ihr frei und gelangen so zu einem mehr persönlichen Assoziationstypus. Ganz unpersönlich und allgemein — wenngleich fast ausschließlich zu den inneren Assoziationen gehörig — sind die Reaktionen der Schwachsinnigen; fast nur den Schwachsinnigen eigen ist augenblicklich die Reaktion in Salzform.

Die Reaktionszeit ist beim Schwachsinnigen und Epileptiker meist mehr oder weniger verlängert und viel schwankender wie beim normalen oder hysterischen Kinde (eventuell von differentialdiagnostischer Bedeutung?), bei dem sie ähnliche Schwankungen zu zeigen pflegt wie beim Erwachsenen. Nur wird beim Kind die Reaktionszeit wohl öfter durch „schwere", d. h. noch nicht geläufige Reizworte verlängert. Nicht selten und gewöhnlich in sehr durchsichtiger Weise ist die Verlängerung der Reaktionszeit aber auch beim jüngeren Kinde durch das Anklingen affektbetonter Vorstellungskomplexe bedingt, wie sie nicht nur durch das Schulleben, die Lektüre und sonstige aktuelle Erlebnisse geliefert werden, sondern auch — beim älteren Kinde wenigstens — durch die sexuelle Sphäre.

Diskussion: Trumpp, Uffenheimer, Ranke, Pfaundler.

Erich Benjamin: **Demonstrationen über Scharlachverläufe auf der Diphtheriestation der Kgl. Kinderklinik vor und nach Einführung der Serumtherapie.** Die vergleichende Untersuchung erstreckt sich auf möglichst alle Scharlachfälle, die in den Jahren 1887—1908 bei den auf der Diphtheriestation untergebrachten Kindern frühestens am 3. und spätestens am 10. Tage des Spitalsaufenthaltes zum Ausbruch kamen. Sämtliche Fälle nach dem Jahre 1893 wurden am 1. oder 2. Tage mit Heilserum behandelt.

Afebril, ein oder zwei Tage fieberhaft, verliefen von 37 Fällen der Vorserumtherapie 3 Fälle, von 44 Fällen der Serumtherapie 35 Fälle.

Auch der Vergleich der Albuminurie, der primären und postskarlatinösen Lymphadenitis und der postskarlatinösen Nephritis ergab bemerkenswerte Unter-

schiede in beiden Perioden (Albuminurie: 89,2—29,5 %; primäre Lymphadenitis: 10,7—4,5 %; postskarlatinöse Lymphadenitis: 16,2—4,5 %; postskarlatinöse Nephritis: 8,1—4,5 %). Da eine Beeinflussung der Resultate durch Zufälligkeiten und durch den Genius epidemicus ausgeschlossen erscheint, werden die an der Hand eigener Beobachtungen vom Vortr. auf der Naturforscherversammlung in Salzburg behaupteten Eigentümlichkeiten des der serumbehandelten Diphtherie folgenden Scharlachs (Scarlatina mitigata, Ref. Münch. med. Wochenschrift 1909, Nr. 44, S. 2287) durch diese Zusammenstellung bestätigt.

Diskussion: Trumpp, Uffenheimer und Ranke betonen besonders den Genius epidemicus. In dieser Richtung verweist Uffenheimer auf seine frühere Arbeit über die Zusammenhänge von Scharlach und Diphtherie. Ranke empfiehlt eine sorgfältige Zusammenstellung der auf der Diphtherieabteilung und anderen Stationen gleichzeitig beobachteten Scharlachfälle.

III. Neue Bücher.

Theodor Heller. **Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik.** Verlag von C. Marhold. Halle a. S. Preis: 1 Mk.

H., der sich durch sein klassisches Buch über die Heilpädagogik ein großes Verdienst erworben hat, berücksichtigt in der ersten der vorliegenden zwei Abhandlungen die neuere Literatur der letzten Jahre über die Schwachsinnigenforschung. Er betont in der zweiten Abhandlung in Übereinstimmung mit vielen anderen Autoren die Insuffizienz des preußischen Fürsorgegesetzes vom Jahre 1901 und behauptet mit Recht, daß „Besserungsanstalten" im Sinne dieses Gesetzes kein Aufenthaltsort für Psychopathen sind. Der größte Teil der jugendlichen Verbrecher sind aber Psychopathen. In der Erziehung der verwahrlosten Jugend müssen sich Psychiatrie und Heilpädagogik die Hand reichen.

Das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz übersieht das Pathologische im jugendlichen Verbrechertum, bei dessen Behandlung „rein administrative Maßnahmen versagen". Die gesetzliche Zwangserziehung muß eine nach psychiatrischen und heilpädagogischen Grundsätzen geleitete „Fürsorgeerziehung" werden.

A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.)

J. K. Friedjung. **Die sexuelle Aufklärung der Kinder.** Verlag von J. Safar. Preis: 50 Pf.

Das Büchlein ist warm und ernst geschrieben. Man muß sich auch mit der Art und Weise, wie F. die sexuelle Aufklärung vorschlägt, einverstanden erklären. Es ist besser, die Kinder werden von intelligenten Eltern als von minderwertigen Dienstboten oder unreifen Altersgenossen in sexuelle Dinge eingeweiht. Aber ein Bedenken kann nicht unterdrückt werden. Wir leben im Zeitalter des hochgespannten Intellektualismus. Die meisten Vertreter unserer modernen Sexualpädagogik sind der irrigen Ansicht, daß das Wissen dieser Dinge das Aufgeklärtsein schon allein genügt, um die Kinder vor sexuellen Gefahren zu schützen. Jeder einsichtige Pädagoge wird aber der Ansicht sein, daß wir nicht nur an den Intellekt des Kindes, sondern hauptsächlich an den Willen desselben appellieren müssen. Eine energische Willenserziehung ist der wichtigste Faktor in der Sexualpädagogik. A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.).

F. Hamburger. **Allgemeine Pathologie und Diagnostik der Kindertuberkulose.** Leipzig u. Wien, F. Deuticke. Preis: 3,50 Mk.

Die kindliche Tuberkulose ist in den letzten Jahren in den Vordergrund des Interesses gerückt. Man hat die Wichtigkeit des Gegenstandes erkannt, man hat weiter geforscht und hat manche greifbaren Resultate erzielt, nicht nur theoretischer, sondern auch praktischer Art. Wir begrüßen daher dankbar die Monographie des bekannten Wiener Pädiaters, die uns ein klares Bild der Materie gibt und sich eingehend mit allen wichtigen Fragen beschäftigt, die hierbei in Betracht kommen. Es ist eine sehr verdienstvolle Arbeit, die der Kinderarzt und jeder Praktiker dankbar akzeptieren wird. Grätzer.

G. Tugendreich. **Die Mutter- und Säuglingsfürsorge.** Stuttgart, F. Enke.

Von diesem Handbuch, dessen Vorzüge wir bereits hervorgehoben haben, liegt jetzt der erste Teil der II. Hälfte vor (Preis: 3,60 Mk.), der folgende Kapitel enthält: „Der sozialgesetzliche Mutterschutz und die Mutterschaftsversicherung", „Ausbildung der Juristen und Ärzte in Mutter- und Säuglingsfürsorge", „Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals", „Die Schulung der Mutter", „Rechtsschutzstellen für Frauen", „Offene Fürsorge für Schwangerschaft", „Entbindung und Wochenbett", „Die Stillung". Im Frühjahr 1910 soll der Schluß des vortrefflichen Werkes erscheinen, und wir kommen dann noch einmal auf dasselbe zurück.

Grätzer.

Verhandlungen des ersten Deutschen Jugendgerichtstages 1909. Berlin u. Leipzig, B. G. Teubner. Preis: 2,80 Mk.

Diese neue, vielversprechende Rechtsentwicklung bedarf der inneren Teilnahme und tatkräftigen Mitarbeit der weitesten Kreise unseres Volkes. Hoffentlich trägt die Lektüre dieser Verhandlungen, welche eine Fülle interessanter und lehrreicher Momente brachten, dazu wesentlich bei. Das Buch verdient daher weiteste Verbreitung.

Grätzer.

Börner. **Reichs-Medizinal-Kalender für 1910.** Herausgegeben von Prof. Dr. Schwalbe. Leipzig, G. Thieme. Preis: 5 Mk.

Unter den zahlreichen Kalendern für Ärzte nimmt unstreitig der „Börner" den ersten Platz ein. Was er für den geringen Preis bringt, ist fast unglaublich. Man betrachte die Fülle von wissenswerten Aufsätzen erster Autoren, all die Tabellen, Aufzählungen usw. zum Nachschlagen, dazu den 2. Teil, den stattlichen Band mit seinem überreichen Inhalt, den Gesetzesbestimmungen, dem Personalstand aller deutschen Ärzte usw., wir könnten mehrere Seiten füllen, wenn wir eine genauere Inhaltsangabe an diese Stelle setzen wollten. Wer den Kalender noch nicht benutzt, schaffe ihn sich an, er wird dem Schreiber dieser Zeilen dankbar für seine Empfehlung bleiben.

R.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Becker, E., Ein Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalten (Breslau). — **Bowien, J.**, Zur Diagnose der Hüfterkrankungen im jugendlichen Alter (Königsberg). — **Bundschuh, E.**, Ein Fall von angeborener einseitiger Augenmuskellähmung (Würzburg). — **Dransfeld, E.**, Über Pepsinnachweis im Säuglingsharn (Freiburg). — **Ehlers, H.**, Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät (Leipzig). — **Eibel, E. M.**, Zur Versorgung des Nabelschnurrestes (Freiburg). — **Groyssmann, E.**, Das Muskelsystem eines Hererokindes mit Berücksichtigung der Innervation (Jena). — **Heinecke, P.**, Über kongenitalen Schlüsselbeindefekt (Rostock). — **Kreichgauer, R.**, Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten (Freiburg). — **Laur, H.**, Intrauterine Übertragung von Masern im Inkubationsstadium (München). — **Lorenz, J.**, Über einen mit Erfolg operierten Fall von Hirschsprungscher Krankheit (Leipzig). — **Miyakata, T.**, Zur Frage der Behandlung det kruppösen Kinderpneumonie mit Römers Pneumokokkenserum (Rostock). — **Paulsen, Chr.**, Die Säuglingssterblichkeit in den mecklenburgischen Aushebungsbezirken in den Jahren 1876—1905 (Rostock). — **Paysen, H.**, Ein Fall von Dystrophia muscularis progressiva familiaris — juvenile Form (Kiel). — **v. d. Porten, E.**, Erfolge der Credéschen Prophylaxe an der Heidelberger Frauenklinik (Heidelberg). — **Reichel, H.**, Zur Ätiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose (München). — **Salzberger, L.**, Untersuchungen über die Verdauungsleukozytose im Säuglingsalter (Freiburg). — **Scholinus, A.**, Über den Verlauf und Prognose der Scharlachnierenentzündung (Jena). — **Sepp, Th.**, Klinische Beobachtungen über das Erythema infectiosum (München). — **Vordfriede, W.**, Über Operationserfolge bei Atresia ani (Kiel). — **Weckerling, G.**, Über Abhängigkeit der Zeit des Abfalls des Nabelschnurrestes von der Art der Abnabelung, der Behandlung der Nabelwunde und einigen anderen Momenten (Heidelberg). — **Weins, F.**, Spina bifida occulta (Breslau).

IV. Monats-Chronik.

Nordsee-Kuranstalten. Vor kurzem ist auf Föhr ein **Nordseehospital** mit etwa 40 Betten eröffnet worden. Seine Bestimmung ist, die bisher an der deutschen Nordseeküste vorhandenen Heilanstalten zu ergänzen in einer Richtung, die sich im Ausland, besonders in Frankreich, seit langer Zeit aufs beste bewährt hat. Mit anderen Worten, ein wirkliches Hospital sollte geschaffen werden auch für bettlägerig Kranke, die bislang nirgends an der See Aufnahme fanden. Das vor wenigen Jahren eröffnete Sahlenburg hat gezeigt, daß auch in Deutschland ein dringendes Bedürfnis danach vorliegt. Demgemäß ist das neue Unternehmen bestimmt für die schwereren Formen der bisher an die See gesandten Krankheitstypen (Anämie, Chlorose, Asthma, Bronchitis, Arteriosklerose, Knochentuberkulose, gynäkologische Leiden usw.). Es ist mit den Hilfsmitteln eines modernen Krankenhauses ausgestattet, auch für Winterbetrieb vollkommen eingerichtet und von Krankenschwestern geleitet. Unmittelbar an das Haus stößt ein Wäldchen mit windgeschützten Spaziergängen. — Die ärztliche Leitung haben übernommen Dr. Häberlin, Arzt der Kinderheilstätten Wyk und Schöneberg und Dr. Gmelin, Arzt des bekannten Gmelinschen Nordseesanatoriums. Als Ergänzung des letzteren wurde im letzten Herbst in Betrieb genommen das Nordseepädagogium, Schule und Internat nach Godesberger Muster (Vorschule, Realschule und Progymnasium). Das Gebäude liegt am Südstrand, frei, umgeben von weiten Spielplätzen. Die Schulräume sind für ca. 120 Schüler berechnet, und schon jetzt wird die Schule von über 100 Schülern besucht, die von 13 Lehrern unterrichtet werden. Über der Schule befindet sich das Internat mit ca. 50 Pensionären, Knaben und Mädchen, die hier in kleineren familiären Verbänden leben. Mit der Schaffung dieses Pädagogiums ist eine längst erhobene Forderung erfüllt, für die Heubner, Baginsky, Grancher, von Merris u. a. seit langem eintreten. Denn ein verlängerter Seeaufenthalt, wie ihn die konstitutionelle Schwäche in ihren verschiedenen Formen und Folgen erfordert, wurde vereitelt durch den Mangel eines Instituts, das Lehr- und Heilzwecke harmonisch verbindet. Daß Föhr von Ärzten bevorzugt wird, wie die Schaffung dieser drei Anstalten zeigt, ist bedingt durch die auch im Winter deutlich hervortretende Milde seines Klimas, seine leichte Erreichbarkeit und seine landschaftlichen Reize.

Berlin. Nach einem Erlasse des Kultusministers soll an einigen Lehranstalten die **Dauer der Schulstunden** auf 45 Minuten gekürzt und der Unterricht auf die Vormittage derart zusammengelegt werden, daß in der Zeit von $5^1/_2$ Stunden sechs Lektionen erteilt, die Nachmittage aber bis auf einen oder zwei freigehalten werden. Den beteiligten Direktoren wird es zur Pflicht gemacht, sorgsam darüber zu wachen, daß die Hausarbeiten durch die Kürzung der Unterrichtszeit keine Zunahme erfahren, sowie bei den Eltern ihrer Schüler darauf hinzuwirken, daß die freien Nachmittage der körperlichen Erholung in frischer Luft und der geistigen Selbstbetätigung der Schüler zugutekommen.

Regensburg. Am 1. Dezember v. J. ist das erste **städtische Säuglingsheim** Bayerns hier eröffnet worden.

In Magdeburg wurde am 14. Dezember v. J. auf Anregung von Dr. E. Kirsch unter dem Vorsitz des Oberpräsidenten von Hegel der **„Krüppel-Fürsorge-Verein der Provinz Sachsen“** gegründet, der sich im wesentlichen den Ausbau der Prophylaxe durch chirurgisch-orthopädische Behandlung zur Aufgabe gestellt hat.

Wien. Der Kultusminister hat die Einberufung einer **Enquete** beschlossen, welche über die Frage der körperlichen Erziehung der Schuljugend beraten soll.

New York. Eine **Vereinigung zur Erforschung und Bekämpfung der Kindersterblichkeit** ist gegründet; die erste Zusammenkunft wird im Herbst 1910 in Baltimore stattfinden.

Gestorben: Dr. M. P. Hatfield, Prof. der Kinderheilkunde in Chikago.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. Bauer (Emmendingen), Dr. W. Bauer (Jena), Primarius Dr. Ernst Deutsch (Budapest), Prof. Dr. O. Eversbusch (München), Dr. G. Finder (Charlottenburg), Dr. Th. Freyhan (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. Hecker (München), Prof. Dr. Gg. Joachimsthal (Berlin), San.-Rat Dr. Max Joseph (Berlin), Dr. M. Kaufmann (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. Adolph H. Meyer (Kopenhagen), Dr. M. Michalowicz (Wien), Dr. Herm. Netter (Pforzheim), Dr. G. Ootmar (Haarlem), Dr. S. Rubinstein (Riga), Dr. B. Schick (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. Sheffield (New York), Dr. G. Sommer (Zittau), Dr. A. Sonntag (Berlin), Prof. Dr. H. Starck (Karlsruhe), Dr. A. Stern (Charlottenburg), Dr. E. Toff (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. Vulpius (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. Wegscheider (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. März 1910. Nr. 3.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher.

V. Therapeutische Notizen. — IV. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. März 1910. Nr. 3.

I. Originalbeiträge.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Auguste Viktoriakrankenhauses-Schöneberg. Direktor: Prof. Dr. W. Kausch.)

Ausgedehnte epidurale Abszessbildung und zirkumskripte Meningitis beim Kinde, durch mehrfache Trepanation geheilt.[1])

Von

Dr. O. Nordmann,

Oberarzt der Abteilung.

Die schweren Schädelverletzungen sind mannigfacher Art und außerordentlich viel seltener Gegenstand eines operativen Eingriffs, als die Verletzungen anderer Körperteile. Es ist deshalb wohl erlaubt, einen rein kasuistischen Beitrag zu liefern, der meines Erachtens eine Reihe von bemerkenswerten Einzelheiten bringt. Ich will zunächst in kurzem Auszug den wesentlichen Inhalt der Krankengeschichte des kleinen Patienten bringen.

Am 11. Mai 1908 wurde der 7jährige R. G. in das Krankenhaus eingeliefert. Er war tief bewußtlos, alle Reflexe waren erloschen. Seine Begleiter gaben an, er sei soeben von einem Automobil überfahren und mit dem Kopfe gegen die Bordschwelle geschleudert. Die Untersuchung des Knaben ergab eine Blutung aus dem linken Ohr und aus dem Munde, ein großes Hämatom im linken Oberlid und einen Bluterguß unter der linken Conjunctiva bulbi. Der Puls zählte 72, und war ziemlich stark gespannt. Die Abtastung des Schädeldachs zeigte einen Bluterguß geringen Grades über dem linken Schläfenbein, aber nirgends war eine Impression zu fühlen.

Die Diagnose lautete: Fractura baseos cranii, durchs linke Felsenbein gehend und event. auf die linke Schläfenschuppe übergreifend. Die Therapie war zunächst eine rein konservative; das Ohr wurde mit Jodoformgaze trocken tamponiert. Die Bewußtlosigkeit hielt 2½ Tage an, während deren die Ernährung mit einer Schlundsonde erfolgte. Vom 14. Mai ab ging es dem Patienten dann leidlich, er aß und trank, das Sensorium war frei, irgendwelche Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen blieben aus, und der Puls hielt sich um 100 herum.

Am 18. Mai, also eine Woche nach der Einlieferung ins Krankenhaus, stieg die Temperatur plötzlich auf 40° an, und der Puls zählte 140 Schläge. Es war an dem Patienten als Grund dieses Fiebers nur eine leichte teigige und schmerzhafte Schwellung hinter dem linken Ohr zu finden. Ich machte dann sofort eine bogenförmige Inzision über diesem Hämatom, parallel zum Ansatz der Ohrmuschel, und sofort entleerte sich etwas mißfarbener Eiter. Bei der

[1]) Nach einer kurzen Demonstration in der freien Vereinigung Berliner Chirurgen am 28. Juli 1909.

Revision der Wunde fand ich nun eine Fraktur im Schädeldach am Übergang vom os parietale ins os mastoideum und os occipitale, und zwar ging die Bruchlinie durch die Sutura parietomastoidea. Ein länglich ovales, ca. 6×4 cm messendes Knochenstück des os parietale war leicht imprimiert und wurde beim Versuch, es herauszuheben, in toto entfernt. Unter diesem Knochenstück fand sich nun ein vereitertes epidurales Hämatom fünfmarkstückgroß und 1 cm dick, das vorsichtig ausgeräumt wurde. Die Knochenränder wurden geglättet, die Wunde wurde tamponiert und verbunden. Eine bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Staphylokokken und Streptokokken.

Das Befinden des Patienten blieb schlecht. Temperatur und Puls blieben so hoch wie vor der Operation. Dazu kam eine leichte Nackensteifigkeit, Nystagmus, zeitweilige klonische Zuckungen des Augenlides usw. Es entstand der Verdacht, daß die freigelegte epidurale Eiterung nicht genügend weit entleert war.

Zwei Tage nach der ersten Operation machte ich dann über der teigigen Schwellung des Schläfenbeins eine zweite große Inzision und fand auch hier zunächst unter der Galea eine geringe Menge Eiter. Aber auch im os temporale zeigte sich eine unregelmäßig verlaufende, parallel zur Sutura squamosa gehende Bruchlinie, die leicht imprimiert war. Mit dem Meißel wurde die Fraktur erweitert und dann das imprimierte Schläfenbein mit dem Elevatorium in die Höhe gehoben. Unter demselben zeigte sich nun ein großer, mißfarbener Blutkuchen, zu dessen Freilegung ein ca. 8×5 cm langes Knochenstück unter Schonung des zurückgeschobenen Periosts entfernt wurde. Auch dieses Hämatom wurde sorgfältig soweit als möglich entfernt. Tamponade der Wunde, Verband.

Aber nach diesem zweiten Eingriff, dem ich eine Lumbalpunktion anschloß, blieb das Allgemeinbefinden weiter trostlos. Puls und Temperatur fielen nicht ab. Die Untersuchung der sedimentierten Spinalflüssigkeit ergab einige Leukozyten, aber keine Bakterien; die meningitischen Symptome nahmen zu. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab beiderseits eine Neuritis optica.

Deshalb machte ich am 23. Mai 1908 eine kreuzförmige Inzision der Dura an beiden Trepanationsstellen und die reichlich ablaufende, trübe Spinalflüssigkeit enthielt an beiden Öffnungen Streptokokken. Da aber die klinischen Zeichen der Infektion nicht zurückgingen, revidierte ich am 26. Mai noch einmal die Wunden und fand nun, daß die epidurale Abszeßbildung nach vorn hinter dem Stirnbein bis zum Arcus zygomaticus hinabstieg. Es war ganz unmöglich, daß sich dieser feste Blutkuchen aus den beiden angelegten Lücken im knöchernen Schädel entleeren konnte. Ich machte deshalb mit dem elektrischen Doyenbohrer im linken Stirnbein unterhalb der Haargrenze eine markstückgroße Öffnung unter Schonung der Knochenhaut und ein weiteres ebensogroßes Loch unterhalb der Sutura sphenofrontalis. Die Entleerung der fest auf der Dura haftenden Blutkoagula, die wie eine Agarplatte mit Streptokokken gesättigt waren, war mit Hilfe von Instrumenten ganz unmöglich. Ich spülte deshalb die ganze riesige Höhle, die von vorn bis hinten zur Höhe der Sutura parietomastoidea hinabreichte und nach oben fast die Mittellinie erreichte, mit großen Mengen warmer steriler Kochsalzlösung, bis die Dura sauber freilag. Das Gehirn zeigte sich um ca. 1—$1^1/_2$ cm in der Ausdehnung der ganzen linken Hemisphäre abgeplattet. Von den einzelnen Öffnungen aus wurde die Abszeßhöhle drainiert und verbunden. Nach diesem letzten Eingriff gingen nun Puls und Temperatur allmählich zur Norm zurück, nur entstand an den beiden Inzisionsstellen der Dura je ein Hirnprolaps, die eine Größe von einem kleinen Apfel erreichten. Durch Aufbinden eines gekochten Schwammes bildeten sich dieselben allmählich zurück, die Wunden verheilten, nachdem die Abflachung des Gehirns im Laufe von ca. 3 Wochen geschwunden war. Am 28. Juli 1908 wurde der Knabe geheilt entlassen.

Sein psychisches Verhalten war absolut normal und nicht die geringsten Ausfallserscheinungen blieben zurück.

Bemerkenswert erscheint mir aus der vorstehenden Krankengeschichte erstens, daß trotz dieser ausgedehnten Hämatombildung und dadurch herbeigeführten starken Abflachung des Gehirns der Puls bei dem verletzten Knaben von

72 Schlägen auf 100 stieg und alle nervösen Symptome fehlten. Und diese Erfahrung haben wir in einer Reihe von Fällen gemacht; bei Kindern bleibt der Druckpuls, den wir bei Erwachsenen eigentlich regelmäßig nach schwereren Schädelverletzungen sehen, ebenso häufig aus. Und man soll deshalb auf sein Vorhandensein oder Fehlen bei Kindern nicht allzuviel geben. Zweitens erscheint es mir praktisch, ein derartiges festes Hämatom nicht durch Instrumente, mit denen man leicht die Dura mater verletzen kann, auszuräumen, sondern mit der Kochsalzirrigation.

Drittens beweist der vorstehende Fall, daß eine beginnende Infektion der Meningen, die durch Einwanderung der Infektionserreger von der Duraoberfläche zustande gekommen ist, mit einer Freilegung und Tamponade derselben zum Stillstand und zur Heilung gebracht werden kann. Und diese Erfahrung haben wir bereits in mehreren Fällen von Meningitis serosa nach Otitis media durch schleunige Radikaloperation der letzteren und Freilegung des Schläfenlappens bestätigt gefunden. Kommen derartige Fälle erst dann zur Operation, wenn die Entzündung die ganzen Meningen ergriffen hat und die Lumbalpunktion Bakterien in der Spinalflüssigkeit ergibt, dann kommt man in der Regel mit der Operation zu spät.

Innerhalb der nächsten Monate verkleinerten sich nun die knöchernen Defekte im Schädel sehr, nur der auf dem Schläfenbein befindliche blieb ca. markstückgroß, und an dieser Stelle sah man unter einer dünnen Epidermisschicht das Gehirn pulsieren. Wahrscheinlich hätte sich ja dieser Defekt bei weiterem Zuwarten noch spontan geschlossen, indem von dem Periost allmählich neuer Knochen gebildet worden wäre. Der Knabe wurde aber in der Schule von seinen Klassengenossen wiederholt auf den Kopf geschlagen, und deshalb entschloß ich mich auf Drängen der Eltern zu einem osteoplastischen Verschluß des Defekts. Derselbe wurde am 8. Juli 1909 in der Weise gemacht, daß ich nach oben von ihm einen zungenförmigen Haut-Periost-Knochenlappen bildete (Müller-Koenig), dessen Basis nach hinten lag, die alte Narbe über dem Defekt exstirpierte und nun den gebildeten Lappen auf diesem durch Vernähung der Ränder fixierte.

Der durch Zirkumzision des Lappens gebildete Substanzverlust ließ sich durch eine Naht der Wundränder decken.

Die Heilung erfolgte ganz ungestört, und am 24. Juli 1909 wurde der Knabe entlassen.

Jetzt ist der ehemals pulsierende Schädeldefekt von einer festen, noch dünnen Knochenplatte bedeckt, und das Allgemeinbefinden des Knaben ist gut.

Auch bei diesem jugendlichen Patienten konnten wir die große Regenerationsfähigkeit des Knochens beobachten, die nach vorstehender Beobachtung bei Kindern innerhalb von ca. 8 Monaten einen Verschluß markstückgroßer Knochendefekte herbeiführt.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

J. Cassel, Statistische Beiträge zur hereditären Syphilis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Unter 17448 Säuglingen litten 1,18% an Lues hereditaria. Zwischen ehelichen und unehelichen besteht bezüglich der Häufigkeit der Syphilis nur ein ganz geringer Unterschied. Ein Vergleich zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Familien ergibt, daß die Zahl der Schwangerschaften bei den ersteren erheblich geringer ist. Viel häufiger dagegen die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, während die Differenzen in den Zahlen der verstorbenen Kinder und der überlebenden weniger groß sind. An einem syphilitischen Zwillingspaar wird der Beweis erbracht, daß angeborene Syphilis die ersten klassischen Symptome im ersten Lebensjahr nicht hervorzurufen braucht, daß aber in einer späteren Phase der Krankheit typisch syphilitische Erscheinungen auftreten können, ohne daß akquirierte Lues überhaupt in Frage kommt.

Hecker.

Max Joseph, Die Bedeutung der Serumdiagnostik für die kongenitale Lues. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Einige Beispiele aus der Praxis, welche die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose speziell der Syphilis tarda illustrieren.

Hecker.

Karl Stamm, Die nächtlichen Kopfbewegungen der Kinder. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) 5 Fälle nächtlicher Kopfbewegungen, die sich nicht in das Bild des „Spasmus nutans“ einreihen lassen, sondern der von Zappert sogenannten „Jactatio capitis nocturna“ zugehören. Die Bewegungen lassen alles Krankhafte vermissen, sind völlig koordiniert und erfolgen in rhythmischer Weise nachts bei Kindern, deren geistiger Zustand durchaus normal ist. Kein Nystagmus. Ein Zusammenhang mit der sexuellen Sphäre im Sinne von Freud war nicht ersichtlich. Verf. hält den Zustand für eine ursprünglich zur Einschläferung absichtlich vollführte, später automatisierte Bewegung.

Hecker.

Luigi Concetti, Über zwei Fälle von Barlowscher Krankheit. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Zwei eigene genau beobachtete Fälle mit ausführlicher Literaturzusammenstellung.

Hecker.

Fr. Valagussa, Begriff und Methode der bei der Diagnose des experimentellen Hyperthyreoidismus angewandten Komplementablenkung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Versuche an Hunden, die durch Schilddrüsenfütterung „hyperthyreoidisiert“ waren. Das Antigen wird durch den Schilddrüsensaft, der Antikörper (Ambozeptor) durch das Serum vom behandelten Hunde und das Komplement durch frisches Meerschweinchenserum dargestellt. Es ergibt sich die Anwesenheit eines spezifischen Ambozeptors in den hyperthyreoidisierten Tieren. Verf. verspricht sich von der Methode weitere Aufschlüsse über die Tätigkeit anderer „zum Schutze bestimmter Drüsen“.

Hecker.

Am. Vozarik, Azidität, Ammoniak, Phosphorsäure und Gesamtstickstoff im Kinderharn bei eiweißarmer und eiweißreicher Ernährung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die an 4 Knaben von 9 und 10 Jahren ausgeführten Versuche ergeben u. a.: Das Gesamtmittel der Harnazidität beträgt pro 100 ccm Harn 19,3 n/10 ccm S., pro Tagesmenge 242 n/10 ccm S. Bei der Pflanzenkost ist die Tagessäuremenge rund 11% niedriger, bei der Fleischkost 20% höher. Die Azidität läuft dem Stickstoff und somit auch dem Eiweiß der Nahrung parallel. Die Säurekonzentration ist beim Kinde niedriger als beim Erwachsenen (19,2 gegen 29 n/10 ccm S.). Die stöchiometrische Menge des Ammoniaks ist um rund $^1/_3$ größer als die der Azidität; die Mengenwerte beider laufen im allgemeinen parallel, bei einer Flut derselben (Fleischperiode, Fiebertage) wächst das Ammoniak mehr an. Die Gesamtstickstoffmenge zeigt außerordentliche Schwankungen. Sie läuft im allgemeinen den Ammoniak- und den Phosphorsäurewerten parallel und scheint auch zu der Azidität in gleichem Verhältnis zu stehen. Die Ammoniakstickstoffwerte erscheinen individuell verschieden und abhängig von dem Eiweißgehalt der Nahrung. Die Ammoniakkonzentration des Kinderharns ist geringer als die des Erwachsenen, ebenso die Phosphorsäurekonzentration, für gleiche Nahrungsmengen sowohl wie auch für gleiche Eiweißmengen wird im Kinderharn weniger Phosphorsäure ausgeschieden. Hecker.

J. Trumpp, Über eine anatomische und klinisch bemerkenswerte Anomalie des Laryngotrachealrohres nebst kritischen Bemerkungen über die Ätiologie des Stridor laryngis congenitus. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Das von einem $1^1/_2$ Jahre alten, an Miliartuberkulose verstorbenen Kinde stammende Kehlkopfpräparat zeigte eine fast völlige Aplasie des Ringknorpels und der beiden ersten Trachealknorpel. Vom ganzen Ringknorpel war nur der funktionell wichtigste proximale Teil der Platte (in einer Höhe von 5 mm und einer der Norm dieses Alters ungefähr entsprechenden Breite von 10 mm) vorhanden. Den Ersatz für diese Knorpeldefekte bildete sowohl ventral wie dorsal fibröses Bindegewebe. Auch der vorhandene Ringknorpelteil ist in derbes Bindegewebe eingebettet. Die Muskulatur ist kräftig entwickelt. In vivo bestand keine auf die bestehende Mißbildung hindeutende Funktionsanomalie des Kehlkopfes. Nach Verf. Ansicht handelt es sich um eine in der frühesten Embryonalzeit entstandene Entwickelungshemmung, um eine angeborene Schwäche der Glottismuskulatur, die an den Postici besonders ausgeprägt ist. Besprechung der verschiedenen Hypothesen über die Ätiologie des Stridor laryngis congenitus.

Hecker.

Georg Alsberg, Beitrag zu der Lehre von der Appendizitis der Kinder. Mit 8 Abbildungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) 17 Fälle von meist stürmischem und bedrohlich einsetzendem Verlauf. Die schweren Erscheinungen, die an das Einsetzen eines hochinfektiösen Brechdurchfalls erinnern, entsprechen zumeist nicht dem anatomischen Befund. Obwohl eine Anzahl der Kinder vorher an Angina erkrankt war, will Verf. doch den ursächlichen Zusammenhang beider Affektionen nicht als sicher annehmen. Er

glaubt eher an einen Zusammenhang mit der Influenza. Die Ernährungsweise darf durchaus nicht immer verantwortlich gemacht werden, da auch Brustkinder und vegetarisch ernährte erkrankten. Je kleiner die Kinder, um so schwerer die Diagnose. Empfindlichkeit des Mac Burneyschen Punktes, erhöhte Muskelspannung lassen leicht im Stich. Wichtig erscheint das Symptom des in Flexionsstellung gehaltenen rechten Beines, ebenso die herabgesetzten Hautreflexe. Schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegenüber zentraler Pneumonie oder fieberhafter Bronchitis, wo Leibschmerzen recht häufig vorkommen. Die Appendizitis der Kinder ist eine besonders harte und schwere Krankheit, ihr Verlauf meist stürmisch und foudroyant, die Veränderungen in der Schleimhaut unverhältnismäßig tiefgehend und schwer, der Verlauf unberechenbar. Jeder Leibschmerz eines Kindes verlangt die genaue Untersuchung. Verf. warnt vor der Behandlung mit Rizinus und tritt unbedingt für die Operation in allen Fällen ein. Hecker.

H. Nothmann, Laktase und Zuckerausscheidung bei frühgeborenen Säuglingen. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 377.) Ob bei normalen Kindern Zuckerausscheidung vorkommt, ist noch strittig. Bei magendarmkranken Säuglingen ist die Frage besser studiert. Die alimentäre Laktosurie ist ein fast konstantes Symptom der alimentären Intoxikation. Die Ursache des Symptoms ist noch nicht klar. Fermentmangel (Laktase) ist nicht schuld daran (Langstein, Steinitz). Anders liegen die Verhältnisse für die Ausscheidung von Galaktose. Diese entsteht durch Spaltung des Milchzuckers durch die Laktase. N. untersuchte, ob frühgeborene lebensfähige Kinder Laktase besitzen. Ibrahim hatte sie bei Föten aus den letzten Schwangerschaftsmonaten vermißt. N. fand bei allen untersuchten 8 Frühgeburten Laktase. Die eine Gruppe der Kinder, die gut entwickelt war, zeigte das Ferment ohne Nahrungszufuhr, 2 minder entwickelte Kinder bildeten erst am 5. und 6. Lebenstage auf Nahrungszufuhr Laktase.

Bezüglich der Zuckerausscheidung ist hervorzuheben, daß zwischen Vorhandensein von Laktase und Zuckerausscheidung kein Parallelismus besteht. N. kann nachweisen, daß bei frühgeborenen Kindern Zuckerausscheidung häufig vorkommt. Sie ist aber sicherlich nicht gleichzusetzen der Zuckerausscheidung bei magendarmkranken Kindern. Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers ist gering. Schick (Wien).

Rudolf Fischl, Über mechanische unblutige Hervorrufung und Erzeugung von Nephritis bei Kaninchen. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 388.) Durch verschiedenartige Eingriffe mechanischer Natur ohne blutige Verletzung (Aufspannen der Tiere, Aufrechtstellen, Bindenumwicklung des Bauches, Pelottenkompression der Vena cava inf., Lordosierung) ist es möglich, bei Kaninchen Albuminurie, sowie Ausscheidung renaler und vesikaler Elemente hervorzurufen. Diese Manipulationen sind teils solche, bei denen Streckung oder Lordosierung der Wirbelsäule vorkommt, teils solche, bei denen beide Wirbelsäulenveränderungen sicher ausgeschlossen erscheinen.

F. fand etwas Abhängigkeit der Wirkung von der Art der Fütterung, hungernde Tiere zeigten besonders schwere Veränderungen. Als Ursache der Nierenveränderung nimmt F. Stromverlangsamung im Kreislaufgebiet der Nieren an.

Wiederholte Vornahme der verschiedenen Prozeduren, speziell der Lordosierung, vermag mitunter akute Nephritis und auch Tod herbeizuführen. Der Blutdruck in der Karotis steigt bei Lordosierung sofort, hält sich dann eine Zeitlang auf seiner Höhe, um langsam abzunehmen. Nach Aufhebung der Lordose sinkt der Blutdruck rasch und tief.

Schick (Wien).

W. Birk, Hauttalg und Ernährung bei Kindern. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 394.) Der Hauttalg stammt im wesentlichen aus dem mit der Nahrung aufgenommenen Fett, ist also nicht, wie man früher meinte, das Produkt der fettigen Degeneration der Zellen. Neben dem Nahrungsfett wird auch das durch Kohlehydratfütterung entstandene Fett zur Hauttalgbildung benutzt. 2 Kinder mit exsudativer Diathese zeigten bei Ernährung mit überwiegender Kohlehydratkost eine höhere Hauttalgmenge als bei Fettkost. Im übrigen ergab sich keine gesetzmäßige Beeinflussung durch die Ernährung. Jüngere Kinder (6—10 Jahre) produzierten 0,5—1 g, ältere Kinder 1,9—4,5 g Hauttalg in den einzelnen Perioden.

Schick (Wien).

Peiper, Die Säuglingssterblichkeit in Pommern. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. 1909. Nr. 12.) Aus dem interessanten Vortrage, den P. im Pommerschen Ärzteverein am 20. Juni 1909 hielt, sei der Schluß wiedergegeben:

Gestatten Sie, daß ich zum Schluß mit einigen Worten die Maßregeln hier streife, welche ich für unsere Provinz für notwendig halte. Wollen wir mit Erfolg die Säuglingssterblichkeit bekämpfen, so muß in erster Linie erstrebt werden nicht die Errichtung kommunaler Milchabgabestellen, sondern die

I. Hebung der Brusternährung durch weiteste Propaganda für dieselbe.

1. Einwirkung auf die Hebammen und gründlichere Ausbildung derselben in der Kinderpflege.
2. Verbot, daß die Hebammen selbständig ohne Befragen eines Arztes vom Stillen abraten dürfen (Verfügung des Regierungspräsidenten von Aachen vom 25. November 1902).
3. Theoretische und praktische Unterrichtskurse in der Säuglingspflege für Frauen und Mädchen aller Stände.
4. Ausgabe von Merkblättern über Kinderernährung.
5. Errichtung unter ärztlicher Leitung stehender Säuglingsfürsorgen, welche die Verbreitung der Brusternährung zur Hauptaufgabe haben.
6. Bekämpfung der Reklame des „besten Ersatzes für Muttermilch“.

II. Förderung des Mutterschutzes, denn keine Säuglingsfürsorge ohne Mutterfürsorge.

1. Errichtung der Mutterschutzversicherung im Anschluß an die Krankenversicherung.
2. Größerer gesetzlicher Schutz der Mutter durch die Gewerbeordnung.
3. Errichtung von Wöchnerinnen- und Kinderasylen.
4. Gründung von Wöchnerinnenvereinen, Einsetzung von Wochenpflegerinnen.

III. Umfassende Reorganisation des Halte- und Ziehkinderwesens in Stadt und Land durch energische Polizeiverordnungen.

1. Einführung der Berufsvormundschaft, durch welche auch eine waisenärztliche Kontrolle aller unehelichen Kinder herbeigeführt werden kann.
2. Anstellung von Waisenpflegerinnen.
3. Einführung eines Stillzwanges für uneheliche Mütter.

IV. Die Milchproduktion und Abgabe ist, solange wie ein zutreffendes Reichsgesetz noch nicht besteht, auf dem Wege der Polizeiverordnung zu regeln.

1. Strenge Beaufsichtigung der Milchproduktion und Abgabe.
2. Definition des Begriffes Kindermilch.
3. Errichtung von Säuglingsmilchküchen, die unbedingt mit ärztlich geleiteten Fürsorgestellen zu verbinden sind.
4. Belehrung der Mütter über die Behandlung der Milch im Haushalt und über die Verwendung derselben zum Zwecke der Kinderernährung.

V. Die gesamte Säuglingsfürsorge ist in jeder Provinz, in jedem Bezirke einer Zentralstelle zu unterstellen.

Grätzer.

H. Rosenhaupt, Rektale Kochsalzinfusionen als spezifische Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 41.) Engel leitet sämtliche Erscheinungen des Pylorospasmus von einem anfänglich vorhandenen Magensaftfluß ab. Zur Hemmung des letzteren sind rektale Kochsalzinfusionen das geeignetste Mittel. R. hat solche in fast allen Fällen von Pylorospasmus mit Erfolg angewendet. Grätzer.

G. Seefisch, Ein Fall von großer Zyste des Netzes bei einem 4jährigen Kinde. (Aus dem Auguste Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Weißensee.) (Ebenda.)

Zu Anfang des Jahres 1908 wurde in die Poliklinik des Auguste Viktoria-Krankenhauses vom Roten Kreuz ein 4jähriger Knabe gebracht, der früher angeblich gesund gewesen war, bei dem aber die Mutter seit einiger Zeit eine allmählich zunehmende Schwellung des Bauches bemerkt hatte. Das früher kräftige und gutgenährte Kind war seitdem zusehends elender und anämischer geworden. Seitens der Eltern war eine erbliche Belastung nicht festzustellen. In der Poliklinik, die das Kind in größeren Zwischenräumen aufsuchte, wurde die Diagnose auf Tuberkulose des Bauchfells mit Aszites gestellt und die Aufnahme in das Krankenhaus angeraten. Aber erst im Juli 1908, als das Kind immer elender geworden und bei enorm aufgetriebenem Bauch zum Skelett abgemagert war, entschlossen sich die Eltern, diesem Rate Folge zu leisten.

Als S. das Kind auf der chirurgischen Station zum erstenmal sah, war es in einem desolaten Zustande; das Abdomen war ganz enorm aufgetrieben, der

ganze übrige Körper extrem abgemagert, das Kind im Zustande höchster Anämie. Die Lungen zeigten keinen krankhaften Befund; Drüsenschwellungen waren nirgends nachzuweisen. Der sehr spärlich abgesonderte Harn war frei von pathologischen Bestandteilen. Der Puls war klein, frequent. Fieber bestand nicht.

Die Untersuchung des Abdomens ergab alle Symptome eines hochgradigen Aszites: Dämpfung in den abhängigen Partien, die sich bei Lagewechsel änderte. Bei Rückenlage Darmschall auf der Höhe des Bauches, jedoch in verhältnismäßig kleinem Bezirk; bei Seitenlage tympanitischer Perkussionsschall auf der oben liegenden Seite. Deutliches Fluktuationsgefühl im ganzen Bauch, Hochstand des Zwerchfelles und rein thorakale Atmung.

Es bestand daher für S. gar kein Zweifel darüber, daß er es hier mit einem Aszites zu tun hatte, aller Wahrscheinlichkeit nach infolge einer tuberkulösen Peritonitis. Er zögerte deshalb nicht, die Laparotomie zu machen, ohne eine Punktion vorauszuschicken.

Operation am 20. Juli 1908. Schnitt in die Medianlinie unterhalb des Nabels. Die Erwartung, bei Eröffnung der Bauchhöhle einen großen freien Flüssigkeitserguß zu finden und zu entleeren, bestätigte sich indessen nicht. Statt dessen stellte sich eine sehr dünnwandige, dunkelblaurote, schlaffe Zyste ein und drängte sich in die Operationswunde. Die ganze Struktur der Zystenwand ließ sofort unschwer erkennen, daß man eine gewaltige Zyste des großen Netzes vor sich hatte. S. erweiterte deshalb den Schnitt so weit, daß er mit der Hand neben der Zyste vorsichtig eingehen konnte, und entwickelte eine große Zyste, welche aus dem ganzen großen Netz bestand und nur mit einem bleistiftdicken, soliden Stiel am Colon transversum nahe der Flexura hepatica hing.

Wie ja zu erwarten war, riß die Wand der herausgewälzten Zyste ein, und es floß ein Quantum blutiger Flüssigkeit aus. S. klemmte das Loch zu, unterband und durchschnitt den dünnen Stiel und hatte so die Operation in wenigen Minuten beendet. Die Bauchwunde wurde schnell geschlossen und das trotz der geringen Dauer der Operation (15 Minuten) sehr kollabierte Kind ins Bett gebracht, wo es Kochsalzinfusionen erhielt und sich allmählich erholte.

Der weitere Verlauf war durchaus günstig, und nach drei Wochen konnte das Kind geheilt und gut erholt entlassen werden.

Interessant war nun die Zyste zunächst durch ihre Größe. Mit Zurechnung des beim Bersten der Wand ausgeflossenen Teiles des Inhalts betrug die Flüssigkeitsmenge $2^1/_2$—3 l. Die Flüssigkeit sah aus wie reines, unverdünntes Blut. Die Wand der Zyste war ganz dünn und bestand makroskopisch nur aus Geweben des großen Netzes.

Besonderes Interesse erregte nun die mikroskopische Untersuchung des Zysteninhaltes: S. hatte erwartet, eine zellenhaltige Flüssigkeit zu finden, wahrscheinlich mit reichlichen Lymphzellen und zahlreichen veränderten roten Blutkörperchen. War es schon auffallend, daß sich keine Spur von Gerinnung des Zysteninhalts vorfand, so war es noch verwunderlicher, daß man unter dem Mikroskop das typische Bild eines unmittelbar dem Kreislauf entnommenen Bluttropfens erblickte. S. fand lauter völlig unveränderte rote Blutkörperchen, hier und da Leukozyten. Auch machten die roten Blutkörperchen vor seinen Augen im Präparat die allbekannten Veränderungen durch, die wir am Blutstropfen nach der Entnahme zu sehen gewohnt sind: sie legten sich geldrollenartig aneinander und nahmen dann die typische Stechapfelform an. Das einzige, was gegen ein frisches Blutpräparat abstach, waren gleichzeitig vorhandene Kristalle, die ihrer Natur nach nicht sicher festgestellt werden konnten, zunächst aber wie Cholestearinkristalle aussahen.

Die mikroskopische Untersuchung der Zystenwand ergab: Juveniles Netzgewebe, gebildet von relativ kleinen Fettzellen, zwischen denen ein locker gebautes, fibrilläres, funktionell strukturiertes Bindegewebe liegt. Das Netzgewebe ist überkleidet mit typischen Serosaepithelien.

Man hatte es also hier mit einer echten Zyste des großen Netzes zu tun. Über die Entstehungsart läßt sich nur vermutungsweise sagen, daß es wohl ursprünglich eine vom Peritoneum ausgehende Epithelzyste gewesen ist, welche sich in die Bursa omentalis hinein entwickelt hatte und dann ganz allmählich durch Blutung in das

Innere zu dieser enormen Größe angewachsen war. Für diesen letzteren Vorgang spricht entschieden das Überwiegen der Elemente des normalen Blutes. Die Anwesenheit der (wohl als Cholestearin zu deutenden) Kristalle beweist, daß die Entstehung der Zyste jedenfalls schon ziemlich weit zurück reichte. Außerordentlich auffallend aber war der mikroskopische Befund des Inhalts. Wir sind gewohnt anzunehmen, daß Blut, welches die normale Blutbahn verlassen hat, schnell eine deutliche Veränderung seiner morphologischen Bestandteile, besonders der roten Blutkörperchen, zeigt. In obigem Falle nun stand zunächst eins fest, nämlich daß die Blutung in das Zysteninnere sich ganz allmählich vollzogen haben mußte, das in der Zyste vorhandene Blut also schon lange die normale Gefäßbahn verlassen hatte. Denn wäre die Blutung schnell — etwa im Laufe der letzten Tage vor der Operation oder gar während derselben — erfolgt, so hätte bei der großen Menge des in der Zyste vorhandenen Blutes das kleine Kind sich unbedingt verbluten müssen. Trotzdem aber waren die Blutkörperchen vollkommen frisch und unverändert, so als ob sie eben erst dem Kreislauf entnommen wären. Die einzige Erklärung, die S. für dieses auffallende Phänomen hat, ist die, daß die ursprüngliche Zystenflüssigkeit, bevor die Blutungen erfolgten, dem normalen Blute vollkommen isotonisch gewesen sein muß, so daß sich die Blutkörperchen darin ganz unverändert lange Zeit hindurch erhalten konnten. Erst nach der Entleerung aus der Zyste traten dann also die uns geläufigen Veränderungen ein. Eine solche, dem normalen Blute physiologisch möglichst nahestehende Flüssigkeit findet man aber nur in serösen Zysten — ein Beweis mehr für die seröse Natur dieser Zyste.

Was die Diagnose betrifft, so war wohl der Irrtum ohne weiteres erklärlich. Man hatte es hier infolge der sehr dünnen und nachgiebigen Zystenwand nicht mit einer kugeligen, derben Zyste zu tun, die auch bei der Untersuchung als solche imponieren mußte, insbesondere durch ihr Lageverhältnis zum Darm, sondern der schlaffe, nur an einem dünnen Stiel hängende Zystensack verteilte sich der Schwere nach mit seinem Inhalt durch die ganze Bauchhöhle, indem er alle Buchten derselben auszufüllen bestrebt war und die Darmschlingen bei Rückenlage nach vorn drängte, so daß sie wie beim Aszites auf der Flüssigkeit zu schwimmen schienen. Auch bei Lagewechsel mußte sich der Zysteninhalt verschieben wie ein freier Erguß. Kein Wunder also, daß sich dem Untersucher das vollkommene Bild des Aszites bot.

Grätzer.

Kellner, Clemenz, Brückner und **Rautenberg,** Wassermannsche Reaktion bei Idiotie. (Aus den Alsterdorfer Anstalten für Idioten und Epileptische und der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.) (Ebenda.) Die wenigen Sera, die kein Komplement hatten, und alle, die nach Stern komplett hemmten, wurden nach der ursprünglichen Wassermannschen Reaktion geprüft. Dabei fand sich, daß nach Stern unter allen 216 Seren nur 13 positiv reagierten und daß von diesen bei der ursprünglichen Wassermannschen Versuchsanordnung nicht mehr als 9

positiv waren. Den 13 nach Stern sind noch 3 zuzureihen, die kein Komplement hatten und sich nach der Wassermannschen Reaktion als positiv erwiesen. Denn als positiv rangieren hier in Übereinstimmung mit Stern, Meirowsky, Schlimpert, Voswinkel alle Fälle, die nach Stern komplett hemmten.

Wenn man nun berücksichtigt, daß aus einem Bestand von etwa 800 Idioten alle herausgesucht waren, die auf Lues verdächtig waren, im ganzen nicht mehr als 16, von denen 10 positiv reagierten, daß also von den andern 200, bei denen für Lues Verdachtsmomente nicht vorlagen, nur 6 positiv waren, also nur 3%, so findet sich damit der Schluß jener Autoren, wonach der Lues in der Ätiologie der Idioten eine wichtige Rolle zukommen soll, als man bisher vermutete, nicht bestätigt. Grätzer.

H. Brüning, Kinderpneumonie und Pneumokokkenheilserum. (Aus der Kinderabteilung des Univ.-Krankenhauses in Rostock.) (Ebenda.) B. gibt zunächst 2 Krankengeschichten. Wir sehen im ersten Falle bei einem 1jährigen Kinde mit lobärer Pneumonie des rechten Oberlappens, daß trotz dreimaliger Injektion von je 100 I.-E. Römerschen Pneumokokkenserums keinerlei Besserung der die Erkrankung begleitenden Krankheitserscheinungen zur Beobachtung gelangt ist, welche mit der Einverleibung des Serums in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden konnte. Obwohl die Injektionen von dem kleinen Patienten gut vertragen wurden, ist weder in seinem Allgemeinbefinden, noch an der Temperatur- und Pulskurve etwas für den Effekt des Serums Charakteristisches zu bemerken, eine Erscheinung, die um so bedeutsamer wird, als während der Serumtherapie nichts mit dem Kinde zur Bekämpfung der Pneumonie geschehen ist, was die Serumwirkung irgendwie hätte beeinflussen oder gar verwischen können. Der am zweiten Krankheitstage in Behandlung gekommene und sogleich seruminjizierte Knabe entfieberte glatt in der Nacht vom fünften auf den sechsten Krankheitstag, einem Termin, zu welchem auch ohne Serumeinwirkung der Ablauf des Krankheitsprozesses erwartet werden durfte, der dann später ohne weitere Störung völliger Genesung geführt hat.

Auch in dem zweiten Fall von kruppöser Pneumonie bei einem 9 Jahre alten Kinde, welches am vierten Krankheitstage in serotherapeutische Behandlung kam, kann von einem nennenswerten, objektiv wahrnehmbaren Effekt der Seruminjektion nicht die Rede sein. Die dreimaligen Injektionen von je 5 ccm Serum (600 I.-E.) haben weder auf das Allgemeinbefinden, noch auf den Gang der Temperatur- und Pulskurve irgendwelchen Einfluß gehabt; sie haben auch nicht vermocht, den Ablauf des Krankheitsprozesses zu beschleunigen oder gar abzukürzen; denn erst am siebenten Krankheitstage trat ein allmähliches Sinken der Körpertemperatur ein, welches am neunten Krankheitstage zur vollständigen Entfieberung und damit auch zur Genesung führte; ein Ausgang, wie er, falls man auf die Seruminjektionen verzichtet hätte, ebenfalls kaum anders zu erwarten stand.

Waren die beiden mitgeteilten Fälle von Kinderpneumonien nicht dazu angetan, den objektiven Beobachter von der mehrfach gepriesenen

günstigen Wirkung des Römerschen Pneumokokkenserums zu überzeugen und zu weiteren einschlägigen Versuchen zu ermuntern, so war dasselbe ebensowenig bei den vier weiteren Beobachtungen der Fall, von denen zwei durch das Auftreten eines Exanthems vor den übrigen sich auszeichneten.

B. kommt zu folgenden Schlüssen: „Wenn also auch unsere Beobachtungen sich nur auf 6 Fälle von Kinderpneumonien stützen, so haben uns doch die bisher mit dem Serum gemachten Erfahrungen nicht von der Wirksamkeit des Römerschen Pneumokokkenserums zu überzeugen vermocht, und wir müssen es weiteren Untersuchern anheimstellen, ob sie eine bei der jugendlichen und noch unverdorbenen Kraft des rechten Herzens im Kindesalter in weitaus der Mehrzahl der Fälle günstig ablaufende Erkrankung den keineswegs ganz harmlosen (Exanthemen!) und sicheren Erfolg verheißenden Serumtherapie überliefern wollen, während sie in der Lage sind, durch mehr allgemeinhygienische Maßnahmen, wie sie oben angedeutet wurden, dem Kinde sein schweres Leiden erträglich zu machen und, falls nicht eben unvorhergesehene Störungen eintreten, mit größter Wahrscheinlichkeit nach 5—8 Tagen seine Heilung herbeizuführen."

Grätzer.

A. Czerny, Zur Prophylaxe der Tuberkulose. (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 46.) Um Ansteckungen zu vermeiden, müßte man jedem Tuberkulösen sagen, was ihm fehlt und welche Gefahr er für die Umgebung bedeutet. Das kann man heute um so mehr, als man hinzufügen kann, daß die Tuberkulose heilbar sei. Umschreibungen, wie „angegriffene Lunge", „Spitzenkatarrh" usw. sind durchaus zu vermeiden, das Ding aber mit dem rechten Namen zu nennen.

Zu den Bezeichnungen, unter welchen Tuberkulose maskiert wird, gehört auch die Skrofulose. Wie C. aus eigener Erfahrung weiß, denkt in Familien, in welchen eine „Drüsen- oder Knochentuberkulose" bei einem Kinde festgestellt wurde, niemand von den Angehörigen an eine Infektionsquelle in der Familie. Doch ist es dringend notwendig, ein bereits infiziertes Kind vor weiteren Infektionen zu schützen. Wie ferner jede Amme untersucht wird, muß jedes Kindermädchen und alle Personen, welche sich mit der Pflege kleiner Kinder befassen, vorher auf Tuberkulose untersucht werden. Ansteckungen kommen recht häufig vor, ebenso wie von Pflegefrauen auf die ihrer Pflege überlassenen Kindern. Grätzer.

O. Thomsen, Wassermannsche Reaktion mit Milch. (Aus dem Statens Seruminstitut in Kopenhagen.) (Ebenda.) Th. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Milch syphilitischer Frauen ergibt sehr oft positive Wassermannsche Reaktion, und diese Reaktion, die meistens stark ist, findet sich nicht selten bei Frauen, deren Blutserum keine positive Reaktion ergibt.

Die Reaktion erscheint — anscheinend mit unveränderter Stärke — während der ersten 2—3 Tage in der Milch, dann aber nimmt sie, sofern die Mutter säugt, plötzlich ab und ist, wenigstens meistens,

am 5.—6. Tage nach der Entbindung geschwunden. Säugt die Mutter nicht, so erhält sich die Reaktion in fast unveränderter Stärke wenigstens während der ersten 8—14 Tage nach der Entbindung, nach welchem Zeitpunkt es gewöhnlich nicht mehr möglich ist, Milch zu der Untersuchung zu beschaffen.

Während der letzten Tage der Schwangerschaft ist die Reaktion wie in den ersten Tagen nach der Entbindung.

Auch die Milch nichtsyphilitischer Frauen kann, obwohl erheblich seltener, während der ersten Tage nach der Entbindung positive Reaktion ergeben, aber diese Reaktion ist bei weitem weniger stark als die der syphilitischen.

Welcher Wert der positiven Wassermannschen Reaktion in Milch mit Bezug auf die Diagnostik und Prognostik beizumessen ist, läßt sich durch die vorliegenden Untersuchungen nicht feststellen, sondern es ist hierzu ein größeres Material erforderlich; positive Reaktion ist jedoch bei Anwendung von weniger als 0,1 ccm Milch bislang nur bei Syphilitischen wahrgenommen worden.

Hypothetisch wird eine Vermutung ausgesprochen über einen Zusammenhang lokalisierter Wassermannscher Reaktion (Milch, Zerebrospinalflüssigkeit) mit der generalisierten Reaktion (Blut).

G. A. Wollenberg, Über die Resultate des Redressements des Pottschen Buckels. (Ebenda.) Der Calotsche Gedanke ist lebendig geblieben und hat nunmehr reiche Früchte getragen, seit man gelernt hatte, den ebenso gefährlichen wie brutalen Akt des forcierten Redressements durch die allmähliche, schonende Aufrichtung zu ersetzen. Das Prinzip der Behandlung besteht kurz darin, daß wir unsere Patienten in besonderen Apparaten (Wullsteins oder Engelmanns Rahmen) einer vorsichtigen Extension in der Längsrichtung des Körpers aussetzen, während ein direkter, ebenso vorsichtiger Druck senkrecht dazu auf die Höhe des Buckels selbst ausgeübt wird. Dadurch wird eine paragibbäre Lordosierung der Wirbelsäule erzielt. Nun wird ein höchst exakt sitzendes, den Kopf mit einbeziehendes Gipskorsett angelegt, das alle 6—8 Wochen erneuert wird, wobei jedesmal ohne grobe Gewalt das Redressement etwas verstärkt werden muß.

Für diese Redressionskorsetts wendet W., die — allerdings in manchen Punkten modifizierte — Technik Wullsteins an. Sobald jedoch der Buckel sich ohne Mühe aufrichten läßt, bedient W. sich der Calotschen Gipsverbände, bei welchen durch ein auf der Höhe des Buckels angelegtes Fenster im Gipsverbande durch allwöchentlich verstärkte Wattebauschen ein ebenso wirksames wie schonendes Redressement aufrecht erhalten wird. Diese Behandlung dauert in der Regel bei Kindern von 5—10 Jahren und bei nicht zu übermäßigen Buckeln 1—1$^1/_2$ Jahre; in der letzten Zeit dieser Behandlungsperiode kann man bei nicht zu hohem Sitz des Buckels öfter schon den Kopf außerhalb des Verbandes lassen, indem man ihn dann eventuell nur noch durch einen Watteverband, analog dem von Schanz zur Nachbehandlung des Tortikollis empfohlenen, unterstützt.

Nach Ablauf der Redressionsperiode darf nun der Buckel noch nicht belastet werden; W. läßt die Kinder vielmehr in dieser ersten Zeit für die Nacht und auch möglichst am Tage einige Stunden hindurch in einen Reklinationsgipsbette liegen, bei welchem die Reklination nach Fincks Vorgang durch ein unter den Buckel gelegtes, regelmäßig zu verstärkendes Wattekreuz allmählich verstärkt werden kann. Wenn die Kinder aufstehen, wird ihnen in der Suspension ein Hüftbügelkorsett mit der bequemen Hoffaschen Kopfstütze angelegt. Solche Korsetts, die viel kontrolliert werden müssen, werden in der Regel noch 1—2 Jahre nach Abschluß des Redressements getragen. Dann erst kann man versuchen, die Kopfstütze wegzulassen, muß aber die Stoffstahlkorsetts natürlich noch Jahre hindurch tragen lassen.

Über die Indikation ist das eigentlich Selbstverständliche zu sagen, nämlich, daß wir nur bei den klinisch ausgeheilten, festen, schmerzlosen Buckeln redressieren dürfen; da wir nun aber nie ganz genau wissen, wann die Tuberkulose wirklich ausgeheilt ist, müssen wir natürlich gerade bei den ersten Redressionsversuchen besonders vorsichtig sein, und W. rät daher, stets zuerst die leichten „probatorischen Extensionen“, wie sie Wullstein empfiehlt, anzuwenden.

Bezüglich der Resultate haben sich W. die Buckelbildungen der oberen Dorsalwirbelsäule als besonders renitent und schwierig zu handeln erwiesen. Je älter die Patienten, je mächtiger und starrer der Buckel, desto langsamer tritt die Besserung ein, desto bescheidener bleiben die Resultate.

Grätzer.

L. Schmeichler, Über Chlamydozoenbefunde bei nicht gonorrhoischer Blennorrhoe der Neugeborenen. (Aus dem pathologisch-bakteriologischen Institut der mährischen Landeskrankenanstalt.) (Ebenda.) Kürzlich teilten Halberstädter und v. Prowazek mit, daß sie in 5 Fällen nichtgonorrhoischer Blennorrhoea neonatorum analoge Zelleinschlüsse nachweisen konnten, wie sie von ihnen bei akutem Trachom gefunden worden waren. Jetzt teilt S. einen dementsprechenden Fall genauer mit. So wie die Blennorrhoea neonatorum gonorrhoischen Ursprunges sehr selten klinisch von der nichtgonorrhoischen Blenorrhöe zu unterscheiden ist und nur auf Grund des bakteriellen Befundes getrennt werden kann, so könnte auch eine besondere Gruppe klinisch nicht zu unterscheidender Fälle durch den Nachweis eben jener Zelleinschlüsse abgegrenzt werden.

Einstweilen möchte Sch. es aber dahingestellt sein lassen, ob diese Gebilde tatsächlich den sichtbaren Ausdruck einer besonderen Ätiologie solcher Fälle bilden. Jedenfalls fordern solche Befunde zur weiteren Nachuntersuchung auf, einerseits um Klarheit über das Wesen dieser Fälle zu gewinnen, andererseits um zu richtiger Beurteilung der von Halberstädter und v. Prowazek entdeckten Zelleinschlüsse zu gelangen, vor allem in der Richtung, welche diagnostische und ätiologische Bedeutung ihnen für das Trachom bzw. für die Blennorrhoea neonatorum zukommt.

Grätzer.

Hecker, Zur Frühdiagnose der Masern. (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 41.) H.s Beobachtungen haben ergeben, daß zwar eine Leukozytosis im Inkubationsstadium vorkommt, daß diese aber nicht konstant und nur von kurzer Dauer ist; dagegen fand sich in der Regel 1—3 Tage vor den Koplikschen Flecken eine deutliche Verminderung der Gesamtleukozytenzahl, eine Leukopenie, die dann mit Ausbruch des Exanthems noch zunahm. Diese Leukopenie ließ sich bei einigen Fällen schon im ersten Stadium der Inkubation, 10—11 Tage vor Koplik nachweisen, wobei sie an einzelnen Tagen durch eine deutliche Hyperleukozytosis oder durch normale Werte unterbrochen war. Es fand sich also ein starkes Schwanken der Gesamtleukozytenmenge.

Sehr auffällig war die Verminderung der Lymphozyten, die Lymphopenie, welche nicht nur konstant im Floritionsstadium, sondern bei der Mehrzahl der Kinder auch ausgesprochen in der Inkubation und zwar 3—5 Tage vor den Spritzflecken auftrat. Es handelt sich dabei in der Hauptsache wirklich um einen Schwund der Lymphozyten und nur zum ganz kleinen Teil auch um eine Vermehrung der polymorphkernigen Neutrophilen, wie sich aus der Beobachtung der Gesamtleukozytenmenge und der im Zerfall befindlichen Zellen ergibt. Letzteren wurde bei dieser Untersuchung besondere Beachtung geschenkt.

Die Verschiebung des neutrophilen Blutbildes nach links konnte H. für das Floritions-, nicht aber für das Inkubationsstadium bestätigen.

Die prämonitorische Lymphopenie und in zweiter Linie die Leukopenie in den letzten Tagen vor Ausbruch des Exanthems möchte H. nach seinen bisherigen Untersuchungen, die ja noch der Erweiterung bedürfen, für ein gutes Hilfsmittel zur frühzeitigen Diagnose der Masern halten. Das gilt in erster Linie für Anstalten, wo die dazu notwendigen 2—3 vergleichenden Blutausstriche leicht anzustellen sind. Für die Privatpraxis kommt das genannte Symptom zunächst noch weniger in Betracht. Grätzer.

A. Hauptmann, Vikarierende Menstruation in Form von Lippenblutungen. (Aus dem Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda.)

Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das wegen allerhand neuropathischer Beschwerden in das Krankenhaus aufgenommen wurde.

Anamnese: Eltern leben, gesund. 5 gesunde Geschwister. 1 Schwester leidet an Lungenspitzenkatarrh, 1 Bruder an Pneumonie gestorben. Als Kind Masern, Scharlach. Später bleichsüchtig Viel Kopfschmerzen. Kriebeln in Händen und Füßen, starkes Schwitzen.

Mit 14 Jahren trat zum ersten Male eine Blutung unter die Haut und Schleimhaut der Ober- und Unterlippe auf, die nach einigen Tagen wieder verschwand. In der Folgezeit wiederholte sich diese Blutung regelmäßig alle 4 Wochen, dann trat sie unregelmäßig auf, bis mit 15 Jahren zum ersten Male die Menses einsetzten.

Diese waren meist schwach, von kurzer Dauer und von mäßigen Schmerzen begleitet. Sie traten nicht regelmäßig alle 4 Wochen ein, sondern an ihrer Stelle zeigten sich dann die obenerwähnten Lippenblutungen. Zuweilen auch setzten, nachdem einige Tage vorher die Lippenblutungen aufgetreten waren, die Menses dann doch noch ein, waren aber dann bedeutend schwächer, als sonst.

Patientin bemerkt vor dem Auftreten der Lippenblutungen ein eigentümliches Ziehen und Stechen in den Lippen. Irgendwelche Klagen von seiten der Genitalorgane bestehen nicht.

Status bei der Aufnahme: Normal entwickeltes Mädchen in gutem Ernährungszustande. Haut und Schleimhäute blaß. Hämoglobin: 75% (Sahli). Mikroskopisches Blutbild absolut normal. Keine Ödeme. Keine Exantheme. Keine Drüsenschwellungen. Starke Schweißabsonderung am ganzen Körper. Die inneren Organe zeigen keinen pathologischen Befund. Die Genitalorgane sind völlig normal entwickelt und in keiner Weise krankhaft affiziert. Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt eine Herabsetzung des Konjunktival- und Rachenreflexes, sowie eine Überempfindlichkeit der Hautgefäße (Dermographismus), im übrigen völlig normale Verhältnisse.

Jetzt, etwa 4 Wochen nach der letzten Periode bildete sich in der Mitte der Haut der Oberlippe eine mäßige Schwellung aus; diese wuchs im Laufe von wenigen Stunden, ging auch auf die Schleimhaut über und nahm einen bläulichroten Farbenton an, hervorgerufen durch unter die Haut und Schleimhaut ausgetretenes Blut. Die Schwellung nahm immer mehr zu, so daß die Oberlippe schließlich rüsselartig vorgetrieben war. In der extrem gespannten Schleimhaut traten nun tiefe Rhagaden auf, aus welchen auch Blut heraussickerte. Die Lippe fühlte sich ziemlich derb an und war sehr schmerzhaft. Während der Prozeß sich im Laufe von etwa 1½ Tagen wieder zurückbildete, begann das gleiche Bild sich an der Unterlippe zu entwickeln. Nach ca. 3 Tagen war die Schwellung verschwunden, und nur kleine bräunliche Flecken zeigten die Stellen der früheren Blutungen an, die dann auch im Laufe von etwa 8 Tagen resorbiert waren.

Das Gleiche wiederholte sich nach nicht ganz 4 Wochen. Nachdem die Affektion auf der Höhe der Entwicklung war, traten diesmal aber die Menses ein. Nach weiteren 4 und 8 Wochen konnte H. den gleichen Prozeß abermals in genau der gleichen Weise sich abspielen sehen.

Eine sichere ätiologische Erklärung dieses Falles vermag ich nicht zu geben, wenn man nicht auf die in den meisten derartigen Fällen herangezogene „nervöse Disposition“ rekurrieren will. Hierfür liegen ja, wie sich aus der Anamnese und dem Status ergibt, mehrfache Anhaltspunkte vor. Eine krankhafte Affektion der Genitalorgane, die in einer Anzahl von Fällen festgestellt werden konnte, war hier nicht nachzuweisen. Und so ist auch für eine spezifische Therapie dieser dem Mädchen natürlich sehr peinlichen Affektion kein rechter Angriffspunkt gegeben. Natürlich wird man versuchen, durch Behandlung der Chlorose und Kräftigung des Nervensystems günstig einzuwirken.

Grätzer.

H. Althoff (Attendorn), Tödliche Blutung aus den Nabelschnurgefäßen bei einem 12 Tage alten Knaben einer Bluterfamilie. (Ebenda.)

Am 9. August v. J. wurde A. zu einem Knaben gerufen, der 12 Tage alt war, und bei dem tags zuvor ein leichte Blutung aus dem Nabel stattgefunden hatte. Die Blutung hatte wieder nachgelassen. Am nächsten Morgen war aber der Nabelverband ganz von Blut durchtränkt, weshalb zum Arzt geschickt wurde.

Befund: Der Nabel war etwas vorgewölbt und hatte eine ziemlich tiefe Nabelgrube: aus der letzteren sickerte langsam, aber unaufhörlich und gleichmäßig dunkelrotes Blut. — Nach Reinigung des Nabels und seiner Umgebung wurde ein stark komprimierender Heftpflasterverband angelegt, darüber der übliche Nabelverband. Etwa 4 Stunden später war der Verband wiederum von Blut durchtränkt.

Nun machte der Vater folgende Angaben: Er selber blute, sobald er sich die Haut nur eben anritze, sehr stark; vor 12 Jahren habe er einen Stich in die Gegend der linken Kniescheibe bekommen und damals sehr viel Blut verloren. Seine Frau habe im Alter von 18—20 Jahren sehr häufiges und starkes Nasen-

bluten gehabt, so daß sie öfters, wenn sie aus dem Elternhause fortgegangen sei, wegen starken Nasenblutens zurückkehren mußte. Das Nasenbluten habe oft stundenlang gedauert. Einmal sei sie wegen starken Nasenblutens draußen im Freien ohnmächtig umgefallen und habe längere Zeit bewußtlos dagelegen. Vor 2 Jahren habe sie bei einer Geburt sehr viel Blut verloren. Eines der Kinder im Alter von 6 Jahren leide viel an Nasenbluten; das Blut komme dann nur so in Strömen aus der Nase und sei kaum zu stillen.

Nach diesen Angaben des Vaters war es klar, daß es sich um ein Kind einer Bluterfamilie handle; A. ließ das Kind zur Blutstillung in seine Wohnung bringen. Nach Entfernung des Verbandes sickerte das Blut genau, wie oben schon beschrieben, in gleichmäßig langsamem Strome aus der Tiefe des Nabels. Ein direktes Fassen der blutenden Gefäße mit der Klemme war nicht möglich. Deshalb wurden in der Tiefe des Nabelgrundes 3 Seidenknopfnähte gelegt. Da es noch schwach blutete, wurde eine Tabaksbeutelnaht gelegt und fest zugeknotet; darüber kamen noch 4 Knopfnähte. Nun schien die Blutung zu stehen; es wurde ein komprimierender Heftpflasterverband angelegt, darüber Watte und rund um den Leib Bindentouren.

Zu Hause nahm das Kind die Brust und schlief ein; später sei es etwas unruhig gewesen. Als A. abends nachsah, war das Kind im Sterben. Der Verband war von Blut durchtränkt. Haut und Schleimhäute des Kindes waren völlig blaß; die Angehörigen sagten, das Kind ist bis auf den letzten Tropfen bei gesundem Herzen ausgeblutet.

Im vorliegenden Falle war die Geburt normal verlaufen, in den ersten 5 Tagen soll der Urin des Kindes blutig gewesen sein, der Nabelstrang hatte sich am 7. Tage nach der Geburt abgestoßen, eine entzündliche Reaktion am Nabel war nicht vorhanden. Wahrscheinlich ist beim Baden des Kindes oder beim Anlegen des Nabelverbandes ein Druck gegen den Nabel ausgeübt, und hierdurch die Blutung eingeleitet worden.

Ergotin, Hydrastis, Plumb. acet. oder Gelatineinjektion waren wohl bei dem erst 12 Tage alten Knaben nicht angebracht; auch wollte der Vater, unter dessen Assistenz die Naht gemacht wurde, einen weiteren therapeutischen Eingriff nicht gestatten, weil er glaubte, das Kind könne denselben nicht mehr aushalten.

Ärztlich ist der vorliegende Fall besonders deshalb von Interesse, weil sowohl Mutter wie Vater an der Bluterkrankheit leiden, von der Nachkommenschaft ein 6 Jahre altes Mädchen zu sehr starken Blutungen neigt, und ein 12 Tage alter Knabe das Opfer einer unstillbaren Blutung aus den Nabelschnurgefäßen geworden ist.

Grätzer.

Paul Sommerfeld, Ein eigenartiges Vorkommen des Bacillus pyocyaneus in der Blase. (Aus dem städt. Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus zu Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 44.) S. will hier einen Fall mitteilen, welcher zeigt, daß der Pyozyaneus, dessen pathogenen Eigenschaften namentlich für Kinder man in letzter Zeit erhöhte Beachtung schenkte, auch einmal als Saprophyt im Organismus vorkommen und dort längere Zeit verweilen kann, ohne irgendwelche Krankheitserscheinungen auszulösen.

Am 9. August v. J. wurde ein 5 jähriges Mädchen in die Poliklinik gebracht, dem nach Aussage der Mutter nichts fehle, das aber in letzter Zeit zuweilen stark grün gefärbten Urin gelassen hatte. Zwei Proben eines solchen, eine vom Tage vorher, eine vom Morgen des poliklinischen Besuchstages, bestätigten die Angaben der Mutter.

Die Untersuchung des Kindes ergab völliges Gesundsein, keine erhöhte Temperatur; der in der Poliklinik entleerte Urin ist nur schwach grün gefärbt. Sämtliche Harnproben, die beiden mitgebrachten und der frisch gelassene, sind von normaler Beschaffenheit, ohne Eiweiß. Außer einzelnen vaginalen Epithelien ist von morphotischen Bestandteilen nichts zu finden.

Durch Chloroform ließ sich dem Harn ein intensiv blauer Farbstoff entziehen; dieser selbst blieb auch nach der Chloroformbehandlung leicht grüngelb gefärbt. Es handelte sich um die beiden vom B. pyocyaneus gebildeten Farbstoffe: Pyozyanin und Bakteriofluoreszein. Aus den drei Harnproben wurden Agarplatten angelegt; neben anderen saprophytären Keimen wuchsen zahlreiche Kolonien von typischem Pyozyaneus, und zwar solche von hoher Virulenz für weiße Mäuse. Zur Kontrolle wurden Proben frisch gelassenen Harns mit Pyozyaneus geimpft. Schon nach 24 stündigem Verweilen im Brutschrank ließ sich durch Chloroform aus ihnen das Pyozyanin extrahieren. Grätzer.

L. Einis, Zur Kasuistik des reflektorischen Einflusses der adenoiden Wucherungen. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1909. Nr. 23.) E. führt Fälle von Kindern und Erwachsenen an, wo nach Operation der Wucherungen reflektorische Zustände verschwanden, wie trockener, Tag und Nacht sich geltend machender Husten, Wutanfälle, Schmerzen in der Blinddarmgegend, epileptoide Krämpfe, tonische Krämpfe der Nackenmuskeln, Stottern, hysterische Erscheinungen (unmotivierte Lach- und Weinkrämpfe, Klaustrophobie) usw.

E. stellt dann folgende Sätze auf:

1. Störungen, welche durch reflektorischen Einfluß von seiten einer adenoiden Geschwulst hervorgerufen werden, bedürfen zu ihrer Entstehung, von der adenoiden Geschwulst abgesehen, noch eines prädisponierenden Moments in Form von Nervenschwäche hysterischer oder neurasthenischer Natur. Auf diesen Umstand hat M. Schmidt zum erstenmal hingewiesen.

2. Erkrankungen, welche infolge irgendeiner Ursache entstanden sind, können unserer Therapie lange dadurch widerstehen, wenn sie durch reflektorischen Einfluß von seiten adenoider Wucherungen unterhalten werden.

3. Wenn auch das Stottern nicht immer nach der Adenotomie verschwindet, so muß es jedenfalls stets als Indikation zur Adenotomie angesehen werden.

4. Jede mit chronischer Appendizitis behaftete Person muß man auf das Vorhandensein von adenoiden Wucherungen untersuchen, und falls solche tatsächlich vorhanden sind, sie operativ entfernen.

5. Allgemeinen Schwächezustand darf man als Kontraindikation zur operativen Entfernung der adenoiden Wucherungen nur mit großer Vorsicht gelten lassen, weil dieser Zustand am häufigsten gerade durch die adenoiden Wucherungen bedingt ist. Grätzer.

L. Langstein, Die Bedeutung des Eiweißes der Nahrung in der Diätetik des gesunden und kranken Säuglings. (Therap. Monatshefte. Dezember 1909.) Eine Zulage von Eiweiß in Form irgendeines Präparates zur Nahrung des gesunden Säuglings bringt keinen Vorteil. Es ist nun die Frage, ob für den kranken Säugling nicht eiweißreichere Gemische als die Muttermilch von Vorteil sind. Aus den Darlegungen L.s seien folgende Exzerpte wiedergegeben:

Raczynski hat die saure Dyspepsie der Brustkinder durch Zugabe von Nutrose insofern beeinflußt, als an Stelle der dyspeptischen Entleerungen Seifenstühle auftraten, und Freund hat bewiesen, daß Eiweiß infolge seiner Eigenschaft als „Provokator bedeutender Massen

von alkalischem Darmsekret imstande ist, bestehenden Gärungsprozessen durch Begünstigung der Fäulnis entgegenzuwirken". Schließlich haben Finkelstein und L. F. Meyer angegeben, daß durch Anwendung einer mit Eiweiß (Kasein) angereicherten Milchmischung — unter gleichzeitiger Verminderung der Kohlehydrate und Salze — eine günstige Einwirkung auf den Darmkanal gelingt, indem die Intensität der pathologischen Zuckervergärung und damit die Neigung zu dyspeptischen Zuständen und deren Folgen gemindert wird, und L. hat sich von der Richtigkeit dieser Angabe an einem ziemlich großen Material überzeugen können.

Damit ist zweifellos ein Fortschritt in der Diätetik gewisser Formen schwerer Ernährungsstörungen erreicht; denn nicht nur im Säuglingsalter, auch darüber hinaus, bei älteren Kindern sehen wir Formen schwerer Verdauungsstörung, in denen, wie Heubner mit Recht hervorhebt, die verdauenden Zellen weder dem Fett noch dem Kohlehydratanteil der Nahrung gewachsen sind, sondern nur mehr der eiweißhaltige Bestandteil derselben verarbeitet wird. Herter hat in diesen Fällen Ernährung mit Gelatine vorgeschlagen; L.s Erfahrung nach bewirkt eine mit Kasein angereicherte in ihrem Kohlehydratgehalt verminderte Milchmischung häufig ein Aufhören der katastrophalen Diarrhöen.

Wichtiger noch als die Frage der diätetischen Beeinflussung akuter Darmerscheinungen durch Eiweißzufuhr ist die, ob sich für die Ernährung rekonvaleszenter Säuglinge nicht andere Gesichtspunkte der Eiweißernährung ergeben als für die Befriedigung des normalen Wachstums, ob wir nicht mit eiweißreicheren Gemischen, als die Muttermilch eines ist, schneller zum Ziele kommen.

Denn beim rekonvaleszenten abgemagerten „atrophischen" Säugling sind sowohl stattgehabte Eiweißverluste zu ersetzen als auch der Wachstumstrieb zu befriedigen. Das Eiweiß der Nahrung muß sowohl dem Ansatz als auch dem Wachstum dienen.

Immerhin genügen die durch klinische Beobachtung festgestellten Tatsachen zu der Behauptung, daß die Ernährung mit eiweißreicheren Gemischen als die Frauenmilch in manchen Fällen das Reparationsstadium abzukürzen in der Lage ist, ohne daß damit ein Schaden für den Säugling verknüpft ist.

Über die Methode, den Eiweißgehalt eines für die Säuglingsernährung in Betracht kommenden Nährgemisches zu erhöhen, wäre nach dem Vorhergesagten kein Wort zu verlieren. Kasein oder dessen Salze genügen durchaus jedem angestrebten Zweck, und wer die käuflichen Präparate des Handels vermeiden will, kann sich Kasein ohne weiteres durch Ausfällung von Milch mit Labessenz herstellen; der nach einer Weile sich absetzende „Quark", der, je nachdem Vollmilch oder Magermilch verwendet wurde, mehr oder weniger Fett enthält, wird dann in Wasser oder der entsprechenden Nährmischung aufgeschwemmt, die, eventuell mit Saccharin gesüßt, vom Säugling gern genommen wird. L. hält es für notwendig, gerade für die Verwendung des Kaseins einzutreten, dessen Bekömmlichkeit durchaus bewiesen ist, da neuerdings ein lösliches Laktalbuminpräparat,

das sogenannte Albulaktin, durch die Reklame angepriesen wird als der „für die Säuglingsernährung wertvollste Eiweißstoff". Ein Beweis für hervorragende Eignung ist absolut nicht erbracht.

Grätzer.

R. Löwe (Mödling), Peritonitis chyloidea-purulenta acuta, Spontanperforation und Heilung, Pleuritis sinistra. (Mediz. Klinik. 1909. Nr. 47.) In kurzem zusammengefaßt, zeigte sich bei einem 6jährigen Mädchen das Krankheitsbild einer akuten diffusen Peritonitis kryptogenetischen Ursprungs, welche am Ende der 4. Krankheitswoche nach einmaliger Rekrudeszenz und gleichzeitigem Auftreten einer linksseitigen Pleuritis mittels Spontanperforation durch den Nabel sich nach außen entleerte. Das zutage getretene Exsudat war milchweiß, von chylösem Charakter, welcher nach einigen Stunden den eines eitrigen annahm. Ob ersterer vielleicht von Beginn der Erkrankung angefangen, schon der ganzen Exsudatmasse zukam — durch Suspension einer großen Menge von Fett — oder ob nur die obersten Schichten der Flüssigkeit, welche ja zuerst heraussprudelten, diese Eigenschaft aufwiesen, während die tieferen, in den verschiedenen Taschen liegenden, durch einfache Sedimentierung die an Eiterkörpern reicheren wurden und erst am nächsten Tage zum Austritt kamen, oder ob endlich das durch die Perforation ermöglichte Hinzutreten der atmosphärischen Luft eine Umwandlung des chylösen in ein eitriges Exsudat herbeiführte, muß dahingestellt bleiben. Doch läßt sich auch der Gedanke nicht von der Hand weisen, daß in diesem Falle die Peritonitis primär eine seröse war; im Beginn der 3. Krankheitswoche trat dann eine Rekrudeszenz ein, indem vielleicht auf eine kleine Veranlassung hin — das Kind war etwas außer Bett gewesen — die Entzündung exazerbierte unter gleichzeitiger Entwicklung einer Pleuritis (ob per contiguitatem oder per metastasim) und das Exsudat erst dann vereiterte, doch auch dieses in milderer Form, so daß noch bei der Perforation der Übergang der serösen in die eitrige Peritonitis sich als chylöses Exsudat manifestierte. Zu verwundern bleibt dann allerdings, daß überhaupt eine Perforation, die wir ja nur bei destruktiven Prozessen zu sehen gewöhnt sind, stattgefunden hat. Die mikroskopische Durchmusterung des Eiters am Morgen nach der Perforation ergab auch nur eine Unmenge von mit lauter Fetttröpfchen in verschiedenster Größe durchsetzten Leukozyten. Weiter zeigte die Flüssigkeit auch nach zweiwöchentlichem Stehen in offener Eprouvette, also bei freiem Zutritt der Luft, keine Spur einer Gerinnung. Was endlich den Zusammenhang zwischen Peritonitis und Pleuritis in dem Falle anlangt, so konnte die Supposition, daß eine gröbere direkte Verbindung zwischen den beiden Körperhöhlen sich etabliert hätte, durch keine Beobachtung gestützt werden, ohne daß man deswegen die Möglichkeit des Bestehens einer solchen von der Hand weisen dürfte; manchmal mußte sich dieser Gedanke sogar aufdrängen, indem es zeitweise den Anschein hatte, als ob beim Nachlassen der Nabeleiterung die Dämpfungsgrenze am Thorax um eine Spur in die Höhe rückte, aber nur manchmal; sehr häufig wieder war die Stärke der Eiterung ohne nachweisbaren Einfluß auf die physikalisch nachweisbare Begrenzung des Pleuraexsudates. Eine Reflexion jedoch

spricht in gewissem Grade für das Vorhandensein einer Kommunikation von einiger Größe: Das Zurückgehen der Pleuritis ohne operativen Eingriff und ohne daß sich Eiter durch die Bronchien entleert hätte; denn der Annahme einer bloß serösen Pleuritis widerspricht die bedeutende Schwartenbildung, die ja noch lange bestehen blieb. Eine Punktion der Pleura mußte ebenso wie die Durchleuchtung aus äußeren Gründen — weil nicht gestattet — unterbleiben. Grätzer.

K. Appel, Atypische Zerreißung des Kniestreckapparates. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2. S. 243.) Der 11 jährige Patient fiel beim Spielen auf einer Wiese hin, empfand beim Versuch aufzustehen einen heftigen Schmerz im rechten Knie. Bei der Aufnahme am nächsten Tage war das Knie, das in leichter Beugestellung gehalten wurde, kugelförmig aufgetrieben. Eine Röntgenaufnahme ergab, daß die Kniescheibe abnorm hoch stand.

Durch einen Querschnitt wurde das Gelenk eröffnet. Die hochstehende Patella war im Bereiche der Spitze aus ihrer normalen Umhüllung herausgeschält, ihre Oberfläche war rauh, während der übrige Teil der Patella sowohl hinten Knorpelüberzug zeigte, als auch vorne und an den seitlichen Kanten mit der Sehnenplatte der Quadrizepssehne verlötet war. Entsprechend der entblößten Kniescheibenspitze fühlte der untersuchende Finger im unteren Abschnitt des Gelenks, am Ursprung des Lig. patellae, ein tubenförmiges Gebilde, das in Form und Konsistenz dem Napf der weiblichen Frucht unserer Eiche ähnelt. Entsprechend der starken Dislokation der Patella der seitliche Hilfsapparat samt Kapsel weit eingerissen. Er wurde nach Hineinstülpung der Kniescheibenspitze in seine Hülle durch Katgutnähte vereinigt, ebenso der Aponeuroseris über der Kniescheibe. Es erfolgte Heilung mit guter Funktion. Joachimsthal.

E. Küster, Zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Zeitschrift f. Chir. Bd. 100. S. 52.) K. berichtet über 10 von ihm in der Zeit vom 1. Januar 1905 bis zum 1. April 1907 in der Marburger chirurgischen Klinik behandelte und in ihrem weiteren Verlaufe verfolgte Fälle von angeborener Hüftgelenksverrenkung. Von den 10 Fällen ist nur bei einem die blutige Reposition nach Hoffa gemacht, aber nicht vollkommen gelungen. Alle übrigen sind mit unblutiger Einrenkung behandelt worden. K. weist auf die Notwendigkeit eines frühzeitigen Beginnes der Behandlung hin. Sie sollte im zweiten, spätestens im dritten Lebensjahr einsetzen. Ist im ersten Lebensjahre die Diagnose möglich, so sollte der Beginn der Behandlung nicht unnötig verzögert werden. Im vierten und fünften Lebensjahre ist die Reposition wohl schon schwerer, gelingt aber doch meistens noch, während jenseits dieser Altersstufe das unblutige Verfahren immer unsicherer wird. Aus der mitgeteilten Krankengeschichte ist ersichtlich, wie oft der Kopf die Pfanne wieder verlassen hat; sie lehre zugleich, daß rücksichtslose Wiederholung der Einrenkung doch fast regelmäßig zum Ziele führte. Der behandelnde Arzt sollte daher nicht zu früh den Mut verlieren. Joachimsthal.

Oskar Jaeger (Kiel), Drillingschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung des Plazentarsitzes. (Zentralblatt f.

Gynäkologie. Nr. 32.) „Daß Drillingsschwangerschaften bis zu Ende ausgetragen werden, und daß dann drei lebenskräftige Kinder zur Welt gekommen, gehört zu den großen Seltenheiten". Verf. beobachtete eine solche bei einer 31 jährigen V-para mit 118 cm Leibesumfang, die einen Knaben und zwei Mädchen innerhalb von $2^1/_2$ Stunden fast spontan in Fußlage, Schädellage und Steißlage gebar. Die Gewichte der Neugeborenen betrugen 2580 g, 2460 g und 2360 g; die Länge 47, 45 und 47 cm; der Kopfumfang 32,5 (2 mal) und 31,5 cm. Es handelte sich um dreieiige Drillinge, die nach 24 Tagen „bei bestem Wohlsein" aus der Klinik entlassen wurden (2610, 2550, 2600 g schwer). Über die Ernährung ist leider nichts notiert; die übrigen Angaben haben nur geburtshilfliches Interesse. Wegscheider.

F. Duerig, Über den Einfluß des Selbststillens der Mütter auf die Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 62. Heft 2.) Eine größere statistische Arbeit mit bekanntem Ergebnis. Aus den 1188 Geburtsgeschichten der Würzburger Frauenklinik in den letzten zwei Jahren wurde ermittelt, daß 79,6 % der Wöchnerinnen ihr Kind selbst stillen konnten, 13,1 % nicht ausreichend (Flaschennahrung neben der Mutterbrust) und 7,3 % gar nicht (teils wegen gänzlichen Milchmangels, teils aus Rücksicht auf die eigene Gesundheit). In den neun Tagen der klinischen Beobachtung hatten nun demgemäß das Anfangsgewicht erreicht oder überschritten: von den Brustkindern 68,9 %, von den gemischt ernährten Kindern 51,3 %, von den Flaschenkindern nur 49,4 %. „Es besteht also ein deutlicher Einfluß der Art der Ernährung auf das Gedeihen des Säuglings; am wenigstens bemerkbar war dieser Einfluß bei gesunden, kräftigen Kindern, am deutlichsten und am meisten beweisend aber bei frühreifen oder schwächlichen (Zwillings-) Kindern." Wegscheider.

Rob. Kienböck, Über Wachstumshemmung des Skeletts bei spinaler Kinderlähmung. (Aus den radiolog. Instituten der allgem. Poliklinik und des Sanatoriums Fürth in Wien.) (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. 37. Heft 1 u. 2.) Die Studien erstreckten sich insbesondere auf Veränderung des Thorax und des Beckens. In dem ersten Fall (34 jähriger Mann) handelte es sich (nach infantiler Poliomyelitis) um hochgradige Muskelatrophie und Knochenatrophie an der rechten Thoraxhälfte, rechten Schulter und Oberextremität, paralytische Torticollis, paralytische Skoliose, asymmetrischen paralytischen Thorax.

Im zweiten Fall (41 jähriger Mann) bestand schlaffe Paraplegie seit dem 5. Lebensjahr. Außer Muskelatrophie auch bedeutende Hypoplasie des Beckens und der Unterextremitäten, welche dadurch im Kontrast zur kräftigen Entwicklung der oberen Körperhälfte standen. Skoliose.

Der dritte Fall, 25 jähriges Mädchen, litt an den Folgen einer ausgebreiteten Poliomyelitis ac. ant. im 11. Lebensjahr. Lähmung fast sämtlicher Rumpf- und Extremitätenmuskeln. Wachstumsstillstand des ganzen Körpers. Hypoplasie des ganzen Skeletts, in der Größe entsprechend dem 11.—12. Lebensjahr, aber Ossifikation vollendet.

Schlangenförmige Skoliose. Körperlänge 125 cm. Flaches Gesicht mit zu kleinem Nasenraum und zu kleinen Nebenhöhlen. Fast vollständiger Mangel der Mammae, Periode regelmäßig. — Autopsie: hochgradige ausgebreitete Atrophie der Vorderhörner. — Das Ganze konnte einen „Infantilismus“ vortäuschen. Arthur Stern (Charlottenburg).

Ruttin, Kongenitale Mißbildung beider Ohrmuscheln mit vollständiger Atresie der Gehörgänge. Operation. (Verhandl. der österr. otol. Gesellschaft. Juni 1909.) 5jähriger Knabe mit fehlendem knöchernen Gehörgang. Nur starke Geräusche wurden gehört. Bei der Operation zeigte sich ein großes Antrum mit rudimentären Gehörknöchelchen und eine erbsengroße Paukenhöhle. Durch einen Kreuzschnitt mit Naht wurde eine weite Öffnung geschaffen, durch die der Knabe bereits am nächsten Tage auf 6—7 m lauten Anruf hörte. Der Wundverlauf geht glatt von statten (Dauererfolg? Der Ref.). A. Sonntag.

Wiegmann (Hildesheim), Membrana pupillaris persistens bei einem Zwillingspaar. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. November 1909.) Reste der Membrana pupillaris in Gestalt von Fädchen, die von der Vorderfläche der Iris aus entweder über das Pupillargebiet ziehen oder frei in demselben endigen, sind als zufällige Befunde beim Ophthalmoskopieren nichts Seltenes.

Schon weniger oft werden derartige Überbleibsel in umfangreicherer Form angetroffen. In solchem Falle handelt es sich um eine mehr oder weniger große, unregelmäßig gestaltete Platte von weißlicher Farbe, die durch eine Anzahl feiner Fädchen vor der Linsenkapsel aufgehängt, unter Umständen eine Beeinträchtigung der Sehschärfe herbeiführen kann.

Verf. beschreibt einen von ihm jüngst beobachteten, nicht weniger interessanten als seltenen Fall, bei dem Reste der Pupillenmembran in kaum voneinander abweichender Gestaltung an jedem der vier Augen eines Zwillingspaares anzutreffen waren. Sommer (Zittau).

J. Hirschberg, Zwei alte Fälle von Lues mit Augensymptomen. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Oktober 1909.) Für den Kinderarzt von Interesse ist der zweitbeschriebene Fall: 18jähriges Mädchen mit Keratitis parenchymatosa, die nach einer Schmierkur ausheilte. Im Alter von 31 Jahren Rezidiv. Seroreaktion positiv. Es war also auch aus dem Blutbefund zweifellos zu ersehen, daß sich im Körper noch luetische Prozesse abspielten.

Der Fall ist bemerkenswert, weil bei einer Lues hereditaria noch in so späteren Jahren das Blut den diagnostischen Nachweis der Syphilis lieferte.

Patientin heiratete. Zuerst Aborte, später gesunde Kinder.

Wo überhaupt die obere Altersgrenze der angeborenen Spätsyphilis liegt, ist nicht zu entscheiden; jedenfalls höher, als man nach den gebräuchlichen Lehrbüchern der Geschlechts- und Kinderkrankheiten annehmen möchte. Sommer (Zittau).

Neumann, Der plötzliche Tod im Kindesalter. (Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 1909. Heft 2.) Verf. kommt zu

folgendem Schluß: Die Lehre vom Thymustod ist noch immer eine unbewiesene, daher auch noch nicht allgemein anerkannte. Ausgenommen sind natürlich die Fälle, in denen der Thymus eine den Tod vollauf erklärende, pathologische Veränderung aufweist. Aber der Umstand, daß Kinder zuweilen auch mit großem Thymus starben, berechtigt noch nicht zur Aufstellung einer speziellen Krankheit bzw. Todesart.

Solange der Satz Friedlebens: es gibt kein Asthma thymicum, nicht eindeutig widerlegt ist, so lange hat vor allem auch die gerichtliche Medizin sich dieser Diagnose gegenüber so skeptisch wie möglich zu verhalten. H. Netter (Pforzheim).

M. Neisser und **L. Marks,** Über die größere Lebensgefährdung des weiblichen Geschlechtes durch den Keuchhusten. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankh. Bd. 59.) Während im allgemeinen die Mortalität der Knaben die der Mädchen überwiegt, namentlich bei den Infektionskrankheiten, besteht beim Keuchhusten das umgekehrte Verhältnis: auf 100 Knaben kommen 132 Mädchen, die an Keuchhusten sterben. H. Netter (Pforzheim).

S. Fränkel, Die Milch einer Frau von 62 Jahren. (Biochem. Zeitshhrift. 1909. Bd. XLIII. Heft 1 u. 2.) Aus der Brust der an Tabes leidenden Frau ließ sich durch Druck eine ganz wie Milch aussehende Flüssigkeit entleeren. Die Gesamtmenge von 24 Stunden 0,3—0,5 ccm; wurde die Milch nicht täglich entnommen, so erhielt man etwa 2 ccm nach 8 Tagen. Die so während eines Monats gesammelte Milch wurde vom Verf. zum Vergleich mit normaler Milch einer chemischen Analyse unterworfen. Hier die erhaltenen Ziffern, die normalen Werte in Klammern beigefügt: Wasser 88,19 % (89 %), Trockensubstanz 11,81 % (11 %), spezifisches Gewicht 1,0264 (von 1,026—1036), alkalische Reaktion, Albumin 2,175 % (von 1—2 %), Fett 4,15 % (von 3—4 %), Zucker 4,84 % (5—8 %), mineralische Stoffe 0,277 % (von 0,20—0,4 %). H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

H. Schmidt, Über Azetonurie bei Asthma bronchiale. (Aus der Univers.-Kinderklinik in München.) (Wiener med. Wochenschrift. 1909. Nr. 43.) S. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

Das im Kindesalter nicht allzu seltene („essentielle") Asthma bronchiale, eine Manifestation der lymphatischen oder neuroarthritischen Diathese, geht nicht selten mit Azetonämie einher und hat vielleicht Beziehungen zum azetonämischen Erbrechen oder ähnlichen Stoffwechselkrisen. Als differentialdiagnostisches Merkmal ist die Azetonämie beim Asthma nur mit Vorsicht zu verwerten, da tuberkulöse Bronchialdrüsenerkrankungen mit oder ohne Perforation der Bronchialwände zu einem dem Asthma ähnlichen Symptomenkomplex und (durch tuberkulöse Allgemeininfektion?) gleichfalls zu Azetonämie führen können. Grätzer.

K. Lindner, Übertragungsversuche von gonokokkenfreier Blennorrhoea neonatorum auf Affen. (Aus der II. Augenklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 45.) L. hat von zwei verschiedenen Fällen von Blennorrhoea neonatorum ohne Gonokokken, jedoch mit zahlreichen Einschlüssen auf drei Makaken- und auf ein Pavianauge überimpft.

An einem Makakenauge trat nach 6 Tagen eine leicht sezernierende Konjunktivitis auf; im Abstrich fanden sich einige Prowazeksche Einschlüsse. Die beiden anderen Makakenaugen blieben reaktionslos und ohne Einschlüsse.

Beim Pavian entwickelte sich bereits nach 4 Tagen eine ziemlich starke eitrige Konjunktivitis; Abstriche nach 5 Tagen ergaben einzelne, nach 7 Tagen reichliche Prowazeksche Einschlüsse.

Es ist somit bewiesen, daß es sich in jenen Fällen von Blennorrhoea neonatorum ohne Gonokokken, jedoch mit Einschlüssen, um ein auf Affen übertragbares Virus handelt.

Daß weiter die Affenimpfungen klinisch den gleichen Verlauf zeigen, wie die Trachomübertragung auf Affen, so dürfte es sich in diesen Fällen von Blennorrhöe um das bisher klinisch nicht bekannte Trachom der Bindehaut des Neugeborenen handeln, gleichviel ob man die Körnchen des Einschlusses als ein spezifisches Reaktionsprodukt auf den Erreger oder als Erreger selbst ansieht. Grätzer.

H. Spitzy, Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie der peripheren Nerven. Behandlung von Lähmungen mit Nervenplastik. (Aus der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Kinderklinik Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 46.) Das Resumee von S.s Arbeit bilden folgende Sätze:

Der Schwerpunkt der Behandlung der schlaffen Lähmungen mit Nervenplastik liegt in der Frühoperation.

Bei spastischen Lähmungen sind die Nervenoperationen ein außerordentlich wirksames Mittel, das gestörte Nerven- und Muskelgleichgewicht wieder herzustellen. Ihre hervorragendste Domäne ist bis jetzt die spastische Lähmung der oberen Extremität, deren Bewegungsmechanismus sie nahezu normal zu gestalten vermag.

Grätzer.

J. Widowitz (Graz), Über wiederholte Erkrankungen an Infektionskrankheiten. (Ebenda.) W. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Keine dauernde Immunität verleiht das Überstehen von Diphtherie, Strepto- und Staphylokokkeninfektion (Angina follicularis, Rheumatismus articularis), Erysipel und Influenza.

2. Scharlach verschafft in den meisten Fällen dauernde Immunität; wiederholte Erkrankungen kommen zweifellos vor.

3. Keuchhusten verschafft stets Immunität bis zu einem gewissen Alter (nach meinen Beobachtungen ungefähr bis zum 30. Lebensjahre); nach diesem scheinen jedoch Wiederholungen nicht selten zu sein. Die meisten Keuchhustenkranken gewinnen lebenslängliche Immunität.

4. Masern (wahrscheinlich auch Röteln), Schafblattern und Mumps verleihen dauernde Immunität. Grätzer.

Mathilde Biehler, Pyélites et pyélonephrites comme complications de rougeole. (Arch. de méd. des enfants. Oktober 1909.) Komplikationen bei Masern von seiten der Niere werden als selten angesehen, dies aber nur, weil bei dieser Krankheit nur ausnahmsweise Harnuntersuchungen vorgenommen werden. Wird aber dies in systematischer Weise durchgeführt, und zwar nicht nur während des akuten Stadiums, sondern auch nach ein und zwei Wochen, so wird man überrascht sein, relativ häufig Nephritis nnd namentlich Pyelitis und Pyelonephritis feststellen zu können. Die Komplikation macht sich kaum durch irgendwelche klinischen Zeichen bemerkbar. Mitunter wird man durch leichtes Fieber, oder Schmerzen, allgemeine Mattigkeit auf dieselbe aufmerksam.

Die Prognose ist meist eine gute, doch muß die Krankheit rechtzeitig erkannt werden. E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Anorexie nerveuse. (Arch. de méd. des enfants. Décembre 1909.) Es kommen mitunter Fälle zur Beobachtung, wo nervöse oder hereditär belastete Kinder, namentlich Mädchen, einen unüberwindlichen Abscheu vor Nahrungsmitteln empfinden und, falls derselbe nicht energisch bekämpft wird, kann es zu außerordentlicher Abmagerung, selbst zu tödlichem Ausgange kommen. In seltenen Fällen muß zur Schlundsonde gegriffen werden, doch kommt man meist mit Isolierung aus dem familialen Kreise und mit gütlichem Zureden aus, denen man eventuell auch leichte hydrotherapeutische Prozeduren hinzufügen kann. In einem einschlägigen Falle, ein 11 $^{1}/_{2}$ jähriges Mädchen, welches bis auf 16,500 g abgemagert war, konnte man auf diese Weise eine wöchentliche Gewichtszunahme von nahezu 1 kg erzielen und die Patientin nach 2 $^{1}/_{2}$ Monaten mit einem Körpergewichte von 26 kg und einem ausgezeichnetem Appetite entlassen. E. Toff (Braila).

Guisez (Paris), Corps étrangers et faux corps étrangers de l'oesophage et des bronches. Etude diagnostique. (La presse médicale. 1909. Nr. 65.) Das Erkennen eines Fremdkörpers der Luftröhre oder des Ösophagus nur auf Grund klinischer Zeichen ist eine sehr ungewisse Sache. Oft bestehen Symptome, welche auf die Trachea hinweisen, während der Fremdkörper im Ösophagus steckt und umgekehrt. Die Anamnese gibt in derartigen Fällen einiges Licht, namentlich wenn die Beobachtung von intelligenten Leuten gemacht worden ist. Suffokatorische Erscheinungen nach Verschlucken des Fremdkörpers weisen fast immer auf eine tracheale oder bronchiale Lokalisation hin. Schluckbeschwerden werden meistens bei Fremdkörpern der Speiseröhre beobachtet, doch darf man alle diese Symptome, einschließlich die Resultate der radiographischen Untersuchung, nicht als etwas Absolutes ansehen, da man oft Täuschungen ausgesetzt ist und die Erscheinungen auch von der Größe, der Art und der Einklemmung des Fremdkörpers abhängen.

Genaue Aufschlüsse erhält man nur durch die direkte visuelle Untersuchung, die man ohne jedweden Schaden bei Erwachsenen unter

Kokainanästhesie, bei Kindern unter Chloroformnarkose ausführen kann. Der Verf., dem eine ausgedehnte eigene Erfahrung zur Verfügung steht, hat zahlreiche Fremdkörper durch Ösophago- und Bronchoskopie entfernen können, oft falsche Diagnosen richtiggestellt, ohne daß die Patienten hierdurch irgendwelchen Nachteil hätten zu erleiden gehabt, im Gegenteil dieselben wurden in allen Fällen vor schweren chirurgischen Eingriffen bewahrt. Namentlich bei Kindern ist die Ausübung dieser Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von Wichtigkeit, da gerade bei denselben das Hineingelangen von Fremdkörpern in die Luft- oder Speisewege ein häufiges Vorkommen ist. Das rechtzeitige Entfernen von Fremdkörpern aus diesen Teilen ist nicht nur als solches wichtig, sondern auch um schweren Erkrankungen der Teile vorzubeugen, da oft Lungenabszesse, Bronchialgangrän und falsche Phthisis den Ausgangspunkt in einem in die Luftwege gelangten und liegen gebliebenen Fremdkörper haben.

E. Toff (Braila).

Ferrand, Réaction du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques dermatoses des jeunes enfants. (Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 29.) Die Untersuchungen, die der Verf. bei einer größeren Anzahl von hautkranken Kindern mit Bezug auf die Zephalorhachidianflüssigkeit gomacht hat, haben gezeigt, daß in sehr vielen Fällen eine deutlich ausgesprochene Lymphozytose besteht, obwohl es sich keineswegs um syphilitische, heredosyphilitische, fiebernde, darm-, lungen-, ohren- oder gehirnhautkranke Kinder gehandelt hat, bei welchen eine solche Reaktion bekanntlich gefunden werden kann. Da hier jede andere Ursache der Lymphozytose ausgeschlossen wurde, muß also angenommen werden, daß auch banale Hautkrankheiten, wie papulöse Dermatitis, Impetigo, Prurigo u. a. die betreffende Veränderung in der Zusammensetzung der zephalorhachidianen Flüssigkeit hervorrufen können. Man ist daher nicht berechtigt, dieser Reaktion einen spezifischen Wert beizulegen und daraufhin allein die Diagnose Syphilis oder Tuberkulose zu stützen. Möglicherweise gibt es feinere Unterschiede, welche durch die bisherigen Untersuchungen noch nicht aufgedeckt werden konnten. Es scheint aber, daß die durch Hautkrankheiten hervorgerufene lymphozytäre Reaktion eine viel leichtere ist und auch eine geringere Dauer hat. Ferner sind bei derselben die Lymphozyten von großen mononukleären Zellen und von Endothelien in viel größerer Anzahl begleitet, als dies bei hereditärer Lues der Fall ist.

E. Toff (Braila).

A. Lévy-Fraenkel, De l'aortite chronique et de l'athérome aortique infantiles en particulier dans l'hérédo-syphilis. (Thèse de Paris. 1909.) Man kann beim Kinde, geradeso wie beim Erwachsenen, die mannigfachsten Veränderungen der Aortenwand vorfinden, und zwar beginnend mit der einfachen Verdickung der Tunicae mit Hypertrophie der elastischen Schichte bis zur Verkalkung derselben. Anfangs sind die Veränderungen nur in der Tunica media zu beobachten und erst später wird die Interna ergriffen.

Ätiologisch ist in erster Linie die hereditäre Lues in Betracht zu ziehen, ja man kann sagen, daß Kinder syphilitischer Eltern fast

immer Läsionen der Adventitia und der Tunica media darbieten, bestehend in Degenerierung und wachsartigem Aussehen der Muskelfasern.

Auch Rheumatismus kann bei Kindern zu Atherom führen, und zwar direkt durch Einwirkung auf die Aortenwand, oder indirekt durch Hyperplasie der Nebennieren. Als weitere ätiologische Momente müssen chronische Nephritis, Myxödem und akute Infektionskrankheiten angesehen werden.

Aus dem oben Angeführten erhellt, daß man hereditär syphilitische Kinder gleich nach der Geburt einer energischen Behandlung unterziehen muß, wenn man dieselben nicht der Gefahr aussetzen will, chronische Aortitis und Atherom zu bekommen, Krankheiten, die nicht nur zur Bildung von Aneurysma, sondern auch zur Spontanruptur der Aorta in jungen Jahren führen können. E. Toff (Braila).

Druebert, Osteo-périostite à foyers multiples sous-périostés. (Echo médical du Nord. Januar 1908.) Die letzten Verhandlungen in der Pariser chirurgischen Gesellschaft haben die Aufmerksamkeit auf die Osteoperiostitis ohne zentrale Osteomyelitis gelenkt, bei der eine systematische Trepanation zum mindesten unnütz, wenn nicht gefährlich sein soll. Der Fall von D. ist ein gutes Beispiel: Sein kleiner Patient, ein 4jähriger Knabe, überstand eine veritable subperiostale Septikämie, die es auf nicht weniger als 15 Lokalisationen brachte. Die Heilung war freilich eine sehr langsame, das Resultat äußerst befriedigend, denn eine 5 Jahre später vorgenommene Revision ergab nichts von einer Fistel, nichts, was eine Sequesterbildung in einem der krank gewesenen Knochen annehmen ließ, und das Wachstum hatte keineswegs gelitten. Diese Osteoperiostitiden mit multiplen Herden sind nichts Außergewöhnliches; nach einer Statistik von Braquehaye aus dem Hospital Trousseau bilden sie 27% der Fälle. Eine Statistik von Haaga über 403 Fälle gibt 20% multiple Herde an. Haaga fand 2 Knochen erkrankt 64 mal, 3 : 12 mal, 4 : 4 mal und 5 : 2 mal. Über 5 Knochen hinaus werden die Fälle sehr selten. In dem Fall von D. waren erkrankt: Ein os temporale, die beiden Humeri, 5 Rippen, ein os ibi, die beiden Femora und die beiden Fibulae. H. Netter (Pforzheim).

Marchand, Paralysie générale infantile chez une imbécile épileptique. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. Januar 1908.) M. zeigte in seinem Namen und im Namen von Nouet makro- und mikroskopische Schnitte des Gehirns eines erblich schwer belasteten Kindes, das zuerst epileptisch geworden und mit 12 Jahren außer einer zunehmenden Schwächung der intellektuellen Fähigkeiten die somatischen Merkmale der allgemeinen Paralyse bot. Mit 13 Jahren erfolgte der Tod im Status epilepticus. Die histologische Untersuchung des Gehirns ergab nun außer diffusen Läsionen der Meningen eine subakute Phlebitis und disseminierte kortikale Sklerose. In den Frontallappen fand sich ferner eine Ablösung der grauen Substanz mit kleinen Herden kapillarer Hämorrhagien und obliterierender Phlebitis.

H. Netter (Pforzheim).

G. Variot und **S. Lassablières**, Inégalité de volume des glandes mammaires chez la femme. Conséquences physiologiques. — Ungleichheit der Brustdrüsen bei der Frau; physiologische Folgen. (La Province médicale. 1908. Nr. 44.) Die Statistiken folgen sich, aber sie gleichen sich nicht. In seiner Dissertation verzeichnet ein Dr. Richet 26 tuberkulöse Frauen mit ungleicher Brust, d. h. 19%. Es erübrigt sich ein Eingehen auf all die vom Verf. aus dieser Feststellung gezogenen klinischen Folgerungen, welcher einige Skeptiker eine mindestens ebensogroße Frequenz von Ungleichheit der Brust bei nicht tuberkulösen Frauen gegenüberstellen. Diese Inegalität soll zur Zeit der Laktation noch deutlicher sich offenbaren, und gerade auf diesen Punkt haben jüngst die Verff. die Aufmerksamkeit der Académie des Sciences gelenkt.

Bei 550 Ammen vom Lande, die in Paris im Hôpital des Enfants-Assistés untersucht wurden, ist die Inegalität der beiden Brüste keine Ausnahme, wie man glauben konnte, im Gegenteil, die Asymmetrie der in Laktation befindlichen Mammae ist vielmehr die Regel.

Die Volumendifferenz der Brüste hat unmittelbare Folgen für die Milchabsonderung, besonders für die Menge und Zusammensetzung der Milch, die in jeder Brust variieren. Zuweilen kann die Menge der in den beiden, äußerlich nur um weniges differierenden Brüsten abgesonderten Milch vom einfachen bis zum doppelten Schwanken. Aber sobald die Ungleichheit sehr ausgesprochen ist, erscheint die Drüse in der kleinsten Brust atrophisch und kann nur eine ganz minimale Milchmenge liefern gegenüber der anderen Brust, die hypertrophiert. Bei 40 Ammen, deren Drüsen ganz erschöpft waren, variierte die in jeder der beiden Brüste enthaltene Milchmenge je nach der Volumendifferenz zwischen 40 und 335 ccm Milch. Die Asymmetrie der Brüste kann beträchtliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Milch jeder Drüse zur Folge haben. Während die Zusammensetzung der Milch der am meisten entwickelten Brust normal oder nahezu normal bleibt, kann diejenige der kleineren Brust mehr oder minder modifiziert sein. H. Netter (Pforzheim).

Butler, Hertz und **Arbumoth Lane**, An enormous foecal tumour in a girl with congenital abnormalities in her pelvic viscera (mit 1 Abbildung). (Lancet. 24. April 1909. Nr. 17.) Es handelt sich in diesem Fall um ein 17jähriges Mädchen, das sein ganzes Leben an hartnäckiger Verstopfung litt, die sich allmählich derart verstärkte, daß es im 8. Lebensjahr 4 oder 6 Wochen lang ohne Stuhl blieb, daß es später eine Woche lang ein ständiges Ausfließen flüssiger Massen hatte. Trotz alledem war der Appetit gut, der Allgemeinzustand ausgezeichnet. — Im Dezember 1907 Eintritt in das Hospital von Guilford, mit Fieber, einem Puls von 120 und Leibschmerzen. Bei der Palpation stößt man auf einen harten, nicht fluktuierenden, aus dem kleinen Becken sich erhebenden Tumor, der nach Lage und Volumen einem Uterus im 6. Monat der Gravidität glich. Der Mastdarm voll mit Kotmassen, drei große Becken konnte man füllen und an den folgenden Tagen führten Einläufe und Purgantien eine enorme Menge zutage, die den Tumor zum Ver-

schwinden brachte. Im Mai 1908 erschien der Tumor der rechten Fossa iliaca wieder mit Entzündungserscheinungen; außerdem ein intraperitonealer Abszeß, der rasch heilte. Am 8. August war der Tumor wieder erschienen (die Kranke hatte seit 16. Mai keinen Stuhl mehr gehabt) mit den gleichen Eigenschaften und der gleichen Integrität des Allgemeinzustandes. 5 Liter Kot wurden entfernt. Am 24. Oktober war der Tumor wieder da, ein wenig kleiner indessen. Die Kranke trat nunmehr in Gays Hospital ein, wo man eine neue Evakuation vornahm, der am folgenden Tag eine Laparotomie durch Lane folgte: Der Dickdarm stark dilatiert und hypertrophisch, wurde 10 cm über seinem unterem Ende durchtrennt, die distale Portion geschlossen und in das kleine Becken versenkt, die proximale Partie in die Wunde gezogen, bis gesunder Darm erreicht war, und eingenäht. Der Dickdarm war absolut frei von Adhäsionen und die Schleimhaut des exzidierten Stückes normal. Ungestörte Heilung und gutes Dauerresultat. Offenbar handelte es sich um eine angeborene Mißbildung des Dickdarms, denn es bestanden noch andere Anomalien der Genitoanalregion: Fehlen des Afters, des Canalis analis und des Sphinkters, das Rektum öffnete sich in den hinteren Teil einer Kloake durch eine nur für einen Finger durchgängige Öffnung. Das Rektum war nur durch ein queres bindegewebiges Septum von zwei Scheiden getrennt: im Grunde einer jeden dieser fühlte man ein Collum uteri, aber es war nur ein winziges Corpus uteri vorhanden, das nach rechts verlagert war, wie dies auch bei der Laparotomie sich bestätigt fand. H. Netter (Pforzheim).

Ch. G. Cumston, Beziehung des zyklischen Erbrechens der Kinder zur Appendizitis. (Amer. Journ. of Obstetrics. Februar 1909.) Die pathologischen Beziehungen des zyklischen Erbrechens sind ziemlich ausgedehnt. In der vorliegenden Arbeit lenkt C. die Aufmerksamkeit auf ihre Häufigkeit bei der chronischen Appendizitis.

Wenn das zyklische Erbrechen dieser Krankheit ihre Entstehung verdankt, so ist der einzige neue klinische Zug der, daß die Kranken über einen mehr oder weniger vagen Leibschmerz klagen, der sich aber in der rechten Fossa iliaca lokalisieren läßt. Im freien Intervall besteht ziemlich häufig chronische Verstopfung oder Colitis mucomembranacea, Migräne und verschiedene Störungen der Ernährung. Was indes am besten die Beziehungen zwischen chronischer Appendizitis und zyklischem Erbrechen zeigt, das ist die Beobachtung, daß das Erbrechen alsbald nach der Abtragung der Appendizitis verschwindet. — Was die Ursache des zyklischen Erbrechens bei der chronischen Appendizitis betrifft, so ist sie vielleicht in Netzadhäsionen zu suchen, die den Magen hin- und herziehen. Indes fehlen diese oft genug und man ist genötigt, zu ihrer Erklärung eine Autoinfektion oder sogar einen einfachen Reflexvorgang anzunehmen. Es ist zuzugeben, daß das zyklische Erbrechen zuweilen nach einer Appendizektomie wieder auftritt, ein Beweis nur dafür, daß die Appendizitis nicht die einzige Ursache ist. H. Netter (Pforzheim).

G. W. Kosmak, Gangrän der Extremitäten beim Neugeborenen. (Bull. of the Lying in Hospital of the City of New

York. März 1908.) In Anbetracht der noch über den Ursachen der Gangrän bei Neugeborenen schwebenden Dunkelheit und ferner in Anbetracht der Seltenheit ist ein kurzes Resumee dieses neuen Falles nicht ohne Interesse. Eine 24jährige gesunde Primipara wurde wegen Zervixrigidität mit der Zange von einem 4 kg schweren Kind entbunden. Letzteres schien ganz normal gebildet, und, von einer geringen Ophthalmie abgesehen, ging zunächst alles gut. Aber vom fünften Tage an wurden die Entleerungen grün und änderten sich trotz eines schwachen Purgativs und Einläufen nicht. Der Nabelschnurrest fiel erst am siebenten Tage ab und hinterließ einen leicht blutenden Stummel. Indessen kam das Kind herunter, die Temperatur schwankte zwischen 37,2 und 37,7. Am zehnten Tag verbreitet sich eine braune Verfärbung über beide Füße bis zu den Malleolen, eine gleiche Verfärbung erschien auch auf den Händen, wo sie vom fünften und vierten Finger bis zum Handgelenk reichte. Diese Stellen, in deren Niveau die Haut kalt war, gingen weiterhin in dunkles Purpur über und ergriffen die ganze Hand. Am Abend des elften Tages starb das Kind. Die Demarkation der gangränösen Partien war sehr deutlich. Nebenbei bemerkt sei, daß die Mutter eine leichte Puerperalinfektion durchmachte.

Die Autopsie ergab zahlreiche kleine Hämorrhagien im Perikranium, in den Schädelknochen und in den Meningen. Eine von den großen vertikal verlaufenden Meningealvenen der rechten Seite war thrombosiert. An der Gehirnbasis waren Gehirn und Pia mater ödematös. Die Gehirnsubstanz war gesund, aber die Ventrikel enthielten mehr Flüssigkeit als normal. Im übrigen Gefäßsystem fanden sich außer den genannten sonst keine Thrombosen. — Wahrscheinlich waren die Gehirnläsionen die Folge der Zangenentbindung. Aber es ist zweifelhaft, ob die symmetrische Gangrän von den embolischen Partien der Meningealthrombose herrührten. K. hat nur 3 oder 4 analoge Fälle gefunden, ihnen allen gemeinsam ist nur das eine, daß die Mütter eine leichte Puerperalinfektion durchmachten. In einem Falle von Finkelstein fand sich eine Streptokokkämie. Es handelt sich demnach wohl auch hier um einen infektiösen Prozeß.

H. Netter (Pforzheim).

T. Colcott Fox, A further contribution to the study of the Endothrix Trichophyta Flora in London, illustrated by a collection of cultures and photographs. (The British Journ. of Dermat. September 1909.) Verf. untersuchte Kulturen des Endothrix trichophyton aus dem „Ringworm“ Londoner Kinder und fand eine ähnliche Flora, wie sie auch in Paris beobachtet worden ist. Er konnte vier Arten unterscheiden: 1. das weiße oder hellgelbe Trichophyton crateriforme bei 38% der Erkrankungen, 2. ein primelfarbiges Trichophyton bei 21%, 3. einen graugelben, dem Trichophyt. acuminat. Sabourands ähnlichen, bei 26%, 4. violette Kulturen, welche dem Trichophyt. violaceum Sabourands glichen, in 15% aller Fälle. Dieser letzte Typus war am deutlichsten ausgeprägt. Unter dem Mikroskop erscheint der Fungus in den Haaren in Ketten angeordnet mit meist runden oder ovalen, manchmal massigen Segmenten von verschiedener Größe. Die genaue Beschreibung der Spezies muß

an der Hand der beigegebenen Illustrationen im Original eingesehen werden. Max Joseph (Berlin).

H. J. Gerstenberger, Exsudative Diathesis with demonstration of cases. (The Cleveland medic. journ. August 1909.) Verf. erklärt die exsudative Diathese der Kinder aus einer angeborenen, oft einer ganzen Familie eigentümlichen Disposition zur Exsudation, welche durch ungünstige Lebensverhältnisse, besonders durch unreine Stadtluft zur Entwicklung kommt. Die meist im ersten Lebensjahre, oft schon in den ersten Wochen erscheinenden Symptome sind die landkartenähnlich gezeichnete Zunge, Seborrhöe des Kopfes und Gesichts, Prurigo, Intertrigo, Neigung zu Entzündung der Atmungswege, Asthma, Drüsen- besonders Tonsillenvergrößerung, Vulvitis, Balanitis, Blepharitis usw. Neben lokalen Applikationen von Argent. nitric.-Lösung oder Zinkpaste empfiehlt sich therapeutisch besonders der Aufenthalt in staub- und rauchfreier Luft, eine Ernährung ohne Eier und Süßigkeiten, mit wenig Fett aber viel Kohlehydraten, Gemüsen, Weißbrot, feingeschnittenem Fleisch und Früchten. Bei Säuglingen gebe man zur Kuhmilch mehlige Zusätze. Die Finkelsteinsche salzlose Kost ergab oft gute Resultate. Max Joseph (Berlin).

S. Monrad, Krämpfe im Kindesalter. (Danek Klinik. 1909. Nr. 11, 12 u. 13.) Der Verf. teilt die Krämpfe in primäre (idiopathische, essentielle oder funktionelle) und sekundäre (symptomatische). Die letzten läßt er außer Betracht. Nach Erwähnung der verschieden Hypothesen, um die Häufigkeit der Krämpfe im Kindesalter zu erklären, zeigt er, daß wahrscheinlich die Labilität des kindlichen Gehirns in Verbindung mit einer individuell pathologischen Spasmophilie von Bedeutung ist. Disponierend wirken Rachitis und Magendarmerkrankungen.

Nach Beschreibung des eklamptischen Anfalles und Erwähnung der Hysterie und Epilepsie gibt er eine Darstellung der Eclampsia infantilis. Die krampflösenden Reize für die infantile Eklampsie teilt er in hämatogene und reflektorische.

Die hämatogenen Reize sind 1. toxininfektiöse Gastroenteritis, 2. akute Infektionskrankheiten, 3. Kohlensäureüberfüllung des Blutes, 4. Urämie, 5. Alkohol, Blei, Santonin u. a.

Die reflektorischen Reize können von dem Gehirn oder von den peripheren Nerven ausgelöst werden. Unter den ersten rechnet er Gehirnanämie bei chronischen Krankheiten, und psychische Shocks, unter den letzten Traumen und Verbrennungen, Kolikschmerzen, Würmer, Zahnung, starke Licht- und Schalleindrücke, und Fremdkörper in dem Ohrengang.

Endlich beschreibt der Verf. den Laryngospasmus und die Tetanie, ihre Symptomatologie und die verschiedenen pathogenetischen Theorien. Er zeigt in graphischer Darstellung die interessante und rätselhafte Wirkung der Kuhmilch in einem Fall von Tetanie, den er gegenwärtig behandelt. Adolph H. Meyer.

J. Brudziński, Über ein neues Phänomen bei der Meningitis im Kindesalter. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Bd. I.

Heft 4 u. 5. S. 350.) Das Phänomen besteht in der Kontraktur der unteren Extremitäten beim passiven Überbeugen des Kopfes nach vorne. Das Kind bleibt auf dem Rücken liegen. Man nimmt den Kopf des Kindes in die linke Hand, legt die rechte Hand auf die Brust des Kindes, um das Kind in der Rückenlage zu erhalten und nur seinen Kopf im Genick zu beugen. In dem Moment, wo das Kinn beim Beugen das Brustbein berührt, beugen sich die unteren Extremitäten im Kniegelenk, manchmal so stark, daß die Vorderflächen der Oberschenkel den Bauch berühren. Dies Zeichen wurde vom Verf. in 28 Fällen von Meningitis verschiedenartigen, meistens tuberkulösen Ursprungs, beobachtet. Das kontralaterale Brudziński-Phänomen wurde in 18 Fällen, das Babinski-Phänomen in 12 Fällen, das Kernigsche Phänomen in 11 Fällen beobachtet. Außer Meningitis war das neue Phänomen in einem Falle von ausgesprochenem Mongolismus (in 4 anderen Fällen war das Zeichen nicht vorhanden) und in einem Falle von Schädelhypoplasie beobachtet. Bei der Littleschen Krankheit kommt das Phänomen nicht vor.

M. Michalowicz (Warschau).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

IV. Sitzung vom 21. September, vormittags.

Vorsitzende: Escherich (Wien) und Combe (Lausanne).

Meinert-Rietschel (Dresden): **Über die Stillfähigkeit der Frauen in den Familien der Mitglieder der Gesellschaft für Kinderheilkunde.** Von den 283 Mitgliedern waren 110 Antworten (abgerechnet die antwortenden Junggesellen) eingetroffen. (Ein sehr großer Teil der nicht Antwortenden sind Junggesellen.)

Das Resultat war folgendes:

1.	Überhaupt nicht gestillt (absichtlich unterlassen)	7	6,4 %	41 %
2.	Überhaupt nicht gestillt (trotz größter Mühe) . .	19	17,3	
3.	Bis 2 Monate gestillt meist bei allaitement mixte (mißglückter Stillversuch)	19	17,3	
4.	Durch 3—6 Monate gestillt	25	22,7	59 %
5.	Bis 6 Monate und darüber gestillt	40	36,3	
		100	100 %	100 %

Ein allgemeiner Schluß auf die Stillfähigkeit unserer Frauen ist nicht zu ziehen, dagegen sprechen mancherlei Einwände. Wohl aber schließt R. daraus, daß im Privathaus die Schwierigkeiten des Stillens erheblich größer sind; Erfahrungen, die in Anstalten gewonnen werden (90—95, ja 100 % Stillfähige), haben aber praktisch keine so große Bedeutung. In unseren Familien wird es etwa einem Drittel der Mütter selbst beim besten Willen von Arzt und Mutter versagt bleiben, ihre Kinder ausreichend selbst zu stillen. Möglich ist, daß durch

dauernde Übung die Zahl der stillenden Mütter wieder steigen kann. Die Anschauung, daß jede Mutter ihr Kind stets ausreichend nähren könne, führt leider in der Praxis oft dazu, daß Kinder wochenlang unterernährt werden.

Diskussion: Schlossmann hält es nicht für ganz ungefährlich, sich auf die Zahl von 60% festzulegen; es spielen zu viele Momente in den Ausfall der Statistik hinein.

Selter fragt, ob Rietschel die einzigen Kinder ausgeschaltet hat.

Ganghofner hat in einer Statistik bei der ärmsten Bevölkerung ähnliche Resultate gefunden; er schlägt vor, solche Erhebungen unter verschiedenen Ländern und Kulturstufen anzustellen.

Flachs (Dresden) ist in einer Statistik aus der Privatpraxis zu der Zahl von 80% stillfähigen Frauen gelangt; er warnt davor, die Zahl in die breiten Schichten zu bringen.

Zappert (Wien) möchte die Volkszählung für die Erhebungen verwertet wissen.

Escherich berichtet, daß auf seinen Vorschlag die österreichische Regierung bereits diesem Plan nähergetreten sei; er meinte, es gäbe eine tatsächliche Stillunfähigkeit in der germanischen Rasse, von der man aus pädagogischen Gründen vielleicht besser nicht spreche.

Martin Thiemich (Magdeburg): **Methoden der Intelligenzprüfung beim Kinde, speziell beim schwachsinnigen.** Während die groben Intelligenzdefekte schon lange gut bekannt sind, haben leichtere Formen größere Beachtung erst gefunden, seit man die Einrichtung der sogenannten Hilfsschule getroffen hat. Die erste Nachhilfsklasse wurde im Jahre 1867 in Dresden eingerichtet, 1879 folgte Elberfeld als erste preußische Stadt; jetzt sind in allen größeren Städten ähnliche Einrichtungen getroffen. Von Anfang an sind Ärzte neben den führenden Pädagogen beteiligt gewesen, denn es stellte sich sehr bald heraus, daß ein großer Teil der schwachbegabten Kinder, welche in der Normalschule nicht vorwärts kamen und den Hilfsschulen überwiesen wurden, körperlich krank sei und der Begutachtung und Behandlung durch einen sachverständigen Arzt bedürfe.

Die Feststellung ausgesprochener Grade von Schwachsinn ist in der ärztlichen Sprechstunde möglich. Der Vortr. schildert in Anlehnung an Ziehen die verschiedenen Methoden der Intelligenzprüfung, durch welche es gelingt, die drei Hauptgruppen der intellektuellen Leistungen: Gedächtnis, Begriffsbildung und Urteils- oder Kombinationsfähigkeit zu prüfen. Bei der großen individuellen Verschiedenheit, mit der bestimmte Leistungen bei verschiedenen Kindern auftreten, je nach dem Lebenskreise, in dem das Kind aufgewachsen ist, ergeben die genannten Prüfungsmethoden nur ungefähre Anhaltspunkte, sozusagen Grenzwerte für die Beurteilung. Während es also gelingt, ein Kind als sicher schwachsinnig zu erkennen, weil es bestimmte Mindestleistungen nicht aufweist, ein anderes als sicher nicht schwachsinnig zu erklären, weil es über den Durchschnitt Hinausragendes leistet, bleibt zwischen beiden Extremen eine große Gruppe zweifelhafter Fälle, die auf diesem Wege nicht aufgeklärt und richtig beurteilt werden können. Die ärztliche Intelligenzprüfung ist also nur als eine Art Vorprüfung zu betrachten. Unerläßlich ist in jedem Falle die genaueste körperliche Untersuchung des auf Schwachsinn verdächtigen Kindes, wobei u. a. krankhaften Veränderungen am Nervensystem und von seiten der Sinnesorgane die größte Beachtung zu schenken ist. Das Ergebnis der körperlichen Untersuchung ist für die Beurteilung des Schwachsinns wie für seine eventuelle Heilungsmöglichkeit in gleicher Weise wichtig.

Viele leichte Schwachsinnsgrade werden erst in der Schule erkannt, wo der Vergleich mit zahlreichen normalbegabten Kindern die richtige Beurteilung ermöglicht. Wenn auch keineswegs jedes Kind, welches im Lauf des ersten Schuljahres das Pensum der untersten Klasse nicht bewältigt, ohne weiteres als schwachsinnig erklärt werden darf, weil die geringen Leistungen durch körperliche Krankheiten, Schulversäumnisse oder ungünstige häusliche Verhältnisse bedingt sein können, so erweisen sich doch diejenigen Kinder, welche nach zweijährigem Besuch der untersten Schulklasse nicht versetzungsreif werden, als so schwach begabt, daß sie auch in der Folgezeit in der Normalschule nicht vorwärts kommen. Sie bilden das Material der Hilfsschulen, in denen sie durch besonderen Unterricht eine gewisse, für das praktische Leben wertvolle Ausbildung erfahren. Die

Aufnahme in die Hilfsschule ist abhängig von einer Prüfung, welche der Hilfsschullehrer im Beisein des Schulinspektors und des Hilfsschularztes abnimmt.

Der Vortr. faßt seine Ausführungen in folgenden Thesen zusammen:

1. Während schwere Grade der Intelligenzschwäche meist schon in frühem Kindesalter erkannt werden, kann die Beurteilung leichterer Grade im Spielalter schwierig oder sogar unmöglich sein.

2. Die Entscheidung bringt in der Regel die Beobachtung während der ersten Schuljahre; nur in den leichtesten Fällen tritt der Defekt erst in den höheren Klassen zutage.

3. Die Feststellung der Minderleistung an sich ist Sache des Lehrers auf Grund seiner pädagogischen Erfahrung, welche ihn sicherer leitet als die experimentellen Methoden.

4. Dem Arzt fällt die Aufgabe zu, eventuell vorhandene körperliche Mängel aufzudecken und der Behandlung zuzuführen.

5. Zur richtigen Abschätzung des Anteils an der Minderleistung, welche auf Rechnung körperlicher Ursachen zu setzen ist, bedarf der Arzt einer besonderen Vorbildung und Erfahrung.

6. Nur durch gemeinsame, sich ergänzende Tätigkeit des Lehrers und Arztes werden Fehler in der Beurteilung leistungsschwacher Kinder vermieden.

Diskussion: Uffenheimer (München) hält es für sehr schwierig, allgemeingültige Methoden der Intelligenzprüfung aufzustellen; dies letzte entscheidende Wort sei nur durch intensiven Umgang mit dem Kinde möglich, der Anamnese sei recht wenig Gewicht beizulegen, die Eltern selbst sind einem Verhör zu unterziehen. Die Erziehbarkeit des schwachsinnigen Kindes ist eine große, die Idioten nach der Sprachfähigkeit einzuteilen, ist unmöglich.

Soltmann: Zur Intelligenzprüfung gehört eine ganz bestimmte Vorschulung. Not tut eine Individualpsychologie, die durch Sommer angebahnt ist; er bespricht die Farbenblödigkeit der Schwachsinnigen und hält seine Anschauungen bezüglich der Spiegelschrift aufrecht.

Schenker (Aarau) hält von einer einmaligen Intelligenzprüfung nichts, man soll auf die Ätiologie des Schwachsinns Rücksicht nehmen, ein Gutachten sei nur nach längerer Beobachtung abzugeben.

Flachs verbreitet sich über die Schularztfrage.

Lugenbühl betont, daß die Intelligenzprüfung zwar sehr schwierig sein kann, daß aber nach seiner Erfahrung die von Thiemich angegebene Methode ihren Zweck erfülle. Er will die Normalforderungen nach Altersklassen getrennt aufgestellt wissen.

Escherich macht darauf aufmerksam, daß im Kinderschutzgesetz Ungarns die Notwendigkeit einer exakten Prüfung bereits betont ist.

Fuchs (Wien): **Über die Behandlung tuberkulöser Kinder mit hohen Tuberkulindosen.** Er berichtet über seine Resultate, die er mit der Tuberkulinbehandlung nach Schlossmann zu verzeichnen hatte. Er hat in 13 chirurgischen Fällen und 5 Fällen von einfacher Apizitis keinen einzigen Erfolg gesehen, sondern er konnte in einem Teil der Fälle Verschlechterung konstatieren und die Propagation des spezifischen Prozesses an entfernten Körperstellen während der Behandlung beobachten.

Ferner berichtet er über eigenartige monströse Hautreaktionen, wie sie nach Injektionen, die man in der Nähe der Herde macht, entstehen.

Diskussion: Schlossmann hat niemals Anorexie und Anämie bei seiner Behandlungsmethode gesehen; er habe niemals von Heilung bei einem Säugling gesprochen; von tuberkulösen Säuglingen, die behandelt wurden, sei nicht einer gestorben.

Escherich meint, daß wir den Verlauf der Säuglingstuberkulose noch nicht kennen. Verschlimmerungen hat er von der Behandlung nie gesehen, aber das Tuberkulin sei kein Heilmittel und könne keines sein; es ist unzulässig, Kinder mit progredienter Tuberkulose mit Tuberkulin zu behandeln.

Ganghofner empfiehlt nur kleine Dosen.

Schlossmann wendet sich gegen die Hamburgersche Auffassung von der Infektion mit Tuberkulose im frühen Kindesalter, die von Escherich lebhaft vertreten wird.

Bauer spricht für die Tuberkulinbehandlung, doch müsse man die Fälle auswählen.

Fuchs spricht dagegen.

Julius Zappert (Wien) berichtet über Untersuchungen, die er an **Spinalganglien des Säuglings** durchgeführt hat. Es handelt sich hierbei namentlich um Feststellung des normalen histologischen Bildes dieses Organs und um die Kontrolle von Angaben anderer Autoren (Sibelius, v. Peters), welche bei hereditärer Lues und Tetanie Veränderungen dieses Organs beschrieben haben. Die Untersuchungen des Vortr. ergaben, daß bei den Spinalganglien der Kinder degenerative Veränderungen der Zellen sowie eine reichliche Anhäufung der Zwischengewebszellen (Kapselendothelien), ferner „Zellenkolonien" vorkommen, jedoch keinen Schluß auf eine Erkrankung des Ganglion zulassen. Sehr schwierig stellt sich die Unterscheidung zwischen den gehäuften Kapselendothelienzellen und einer kleinzelligen Infiltration; doch glaubt der Vortr. letztere in einigen Fällen von Meningitis und Pneumonie sicher annehmen zu dürfen. Die von Sibelius für Lues als charakteristisch angegebenen Zellkolonien finden sich auch in anderen Fällen. Die Angabe von Peters über eine der Tetanie eigentümliche Gangliitis hält Vortr. für nicht berechtigt. Die Untersuchungen werden fortgesetzt.

Trumpp: **Viskosität, Hämoglobin- und Eiweißgehalt des kindlichen Blutes.** (Der Vortrag ist in der Deutschen med. Wochenschrift, 1909, Nr. 42 erschienen.)

Diskussion: Lust (Heidelberg) betont die Schwierigkeiten der Methode; nach seinen Untersuchungen haben Kohlehydrate und Fette Einfluß auf die Viskosität des Blutes ernährungsgestörter Kinder.

Lukats (Budapest) berichtet ebenfalls über einschlägige Untersuchungen.

Rudolf Hecker (München): **Das Blutbild in der Maserninkubation.** (Vergl. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 41.)

Th. Mennacher (München): **Zytologische Blutbefunde bei Konstitutionskrankheiten im Kindesalter.** 23 florid Rachitische, 25 kongenital Luetische, 6 Myxödemkranke, 4 hereditär Hämophile wurden untersucht und teilweise längere Zeit, bis 2 Jahre lang, kontrolliert; es ergaben sich als Schlußfolgerungen:

Rachitis florida, Lues congenita und Myxödem, Konstitutionskrankheiten mit besonderer Affinität zum Skelettsystem, bedingen eine pathologische Blutveränderung von großer Ähnlichkeit. Als Ursache sind wohl Stoffwechselprodukte, die reizend und schädigend auf die hämatopoetischen Organe einwirken, in Betracht zu ziehen. Je schwerer die übrigen klinischen Symptome und je früher die Grundkrankheit einsetzt, desto schwerer ist auch die Blutschädigung. Rachitiker und Luetiker mit Milz-, Drüsen- eventuell auch Leberschwellung zeigen meistens hochgradig veränderte Blutbilder.

Affiziert erscheint sowohl das myeloide als auch das lymphoide System. Die blutbildenden Organe reagieren auf die schädigende Noxe nach Erschöpfung ihrer natürlichen Reserven in pathologischer Weise durch Ausstoßung jugendlicher, unfertiger Zellformen ins strömende Blut: polychromatophile und punktierte Erythryozyten, Normo- und Megaloblasten, große mon. Leukozyten, Myeloblasten, Reizformen, Myelozyten, lymphoide Markzellen, Übergangsformen, große Lymphozyten und Lymphoblasten, selbst unter den schon fertigen neutrophilen Leukozyten überwiegen die jüngeren mit gar nicht oder wenig fragmentierter Kernfigur. Bei dieser forzierten regenerativen Tätigkeit erlahmt dann allmählich das Knochenmark in seiner Produktionsfähigkeit, die Folge ist auch absolute Verminderung von Neutrophilen, Erythrozyten und Hämoglobinarmut, während die Quellen der Lymphozytenbildung durch Hyperplasie von Lymphdrüsen — auch bei den Myxödemkranken waren periphere Drüsen vergrößert zu finden —, Milz, Leber eine Erweiterung erfahren und ihre Produkte absolut vermehrt im Blute erscheinen, so daß der Blutbefund schließlich Ähnlichkeit mit dem der beiden durch fortgesetzte Blutverluste geschädigten Hämophilen gewinnt. Aus dem Verhalten der eosinophilen Zellen läßt sich ein Rückschluß auf schwächere bzw. stärkere Reaktionsfähigkeit eines Organismus ziehen, dementsprechend finden wir diese Zellen bei den schwächlichen, jungen Rachitikern, Luetikern und ausgebluteten Hämophilen meist vermindert, bei dem Myxödemkranken vermehrt. Beginnt der Organismus der ursächlichen Schädigung Herr zu werden, so steigert sich auch der Gehalt des Blutes an Eosinophilen, analog dem Verhalten

bei verschiedenen akuten Infektionskrankheiten. Zwischen Eosinophilen und Mastzellen scheint auch eine konträre Wechselwirkung zu bestehen.

Im selben Maße als es gelingt, durch entsprechende Therapie die Grundkrankheit zu beheben, was meistens besonders aber beim Myxödem recht lange dauert, im selben Maße erholen sich auch die Organe der Hämatopoese und weichen die Zeichen pathologischer Blutregeneration wieder geordneten Verhältnissen.

Rückbildung der Drüsen-, Milz- und Leberschwellung erfolgt parallel der Besserung des gesamten Symptomenkomplexes, als auch des Blutbefundes.

In der Diskussion erwähnt Benjamin (München) als regelmäßigen Befund unkompletter Rachitis die Reduktion der polynukleären Leukozyten; Untersuchungen des rachitischen Knochenmarkes ergaben Degenerationszustände. Die Anaemia pseudoleuc. sei der höchste Grad des rachitischen Knochenmarksprozesses. Die Eosinophilie sei kein Symptom der exsudativen Diathese.

Lehndorff (Wien) schlägt vor, den Namen Anaemia pseudoleuc. fallen zu lassen.

Rosenstern hält an seiner Auffassung vom Symptom der Eosinophilie bei exsudativer Diathese fest.

A. Uffenheimer (München): **Über Komplementbindung bei Scharlach.** Der Vortrag erscheint in der Deutschen med. Wochenschrift.

Diskussion: Schleissner (Prag) erwähnt die Bestätigung seiner Befunde in mehreren Arbeiten, hält den Streptokokkus zwar nicht für den Erreger aber auch das Gegenteil nicht für bewiesen.

Bauer hat nur negative Resultate mit der Komplementreaktion bekommen.

Erich Benjamin (München): **Scarlatina mitigata.** Infolge baulicher Veränderungen, die eine Niederlegung der im Garten aufgestellten Scharlachbaracke notwendig machten, verfügte die Kgl. Universitäts-Kinderklinik zu München im Laufe des vergangenen Jahres über keine Scharlachstation. Die Folge dieses mißlichen Zustandes war eine Reihe von Scharlachepidemien auf der Diphtheriestation der Klinik. Vortr. beobachtete nun bei 20 Skarlatinafällen, die bei an Diphtherie erkrankten Kindern auftraten, einen sehr eigentümlichen Verlauf der Scharlacherkrankung. Die Krankheit begann in fast allen Fällen am 4.—5. Tage des Spitalaufenthaltes. Bei unkomplizierten Rachendiphtherien verlief die Erkrankung mit eintägigem Temperaturanstieg sehr mäßigen Grades (um 38°). Exanthem und Angina war meist nur angedeutet. Erbrechen fehlte. Intubierte und nicht intubierte Stenosen zeigten im allgemeinen die gleichen Erscheinungen, doch sank die Temperatur erst am 2. bis längstens 3. Tage kritisch zur Norm. Es wird der Beweis erbracht, daß es sich wirklich bei dieser eigentümlichen Erkrankung um echten Scharlach handelte (Schuppung, Scharlachinfektion der Geschwister, nachfolgendes Serumexanthem). Das Literaturstudium ergab, daß schon frühere Autoren (Uffenheimer, Leiner, Marfan) ähnliche Verlaufsatypien bei Scharlachfällen im Verlauf der Diphtherie beobachtet hatten. Vortr. lehnt als Ursache des geschilderten eigenartigen Verlaufes die eben überstandene Diphtherie ab, hält es vielmehr für wahrscheinlicher, der Seruminjektionen einen Einfluß auf den nachfolgenden Scharlach zuzuschreiben. Versuche, den Ablauf des Scharlachs durch prophylaktische Seruminjektion in günstigem Sinne zu beeinflussen, sind im Gange. Die bisher vorliegenden Beobachtungen ergaben vielversprechende Resultate, doch ist das Material noch zu klein, um den sicheren Beweis für die praktische Brauchbarkeit dieser Methode zu liefern.

Diskussion: Witzinger (München) erläutert die Krankengeschichten der prophylaktisch behandelten Fälle.

Lehndorff bestätigt die Beobachtungen.

Fuchs (Wien) macht auf den Einfluß der Seruminjektion auf gewisse nicht organisierte Gifte aufmerksam.

Uffenheimer betont die Komponente des Genius epidemicus, ebenso Noeggerath.

Pfaundler glaubt weder an einen Zufall noch den Einfluß des Genins epidemicus in den mitgeteilten Fällen; vielleicht komme nur das Serum als solches bei der Beeinflussung in Betracht.

Sehlbach erwähnt ähnliche Beobachtungen von Preisich.

Pfaundler (München): **Demonstration eines Schemas der spinalen motorischen Innervation zum Gebrauch in Kliniken.**

H. Schelble: **Einiges über klinische Ernährung von Neugeborenen im Spital und Privathaus.** Besprechung von 14 Kurven (Gewicht, Nahrung, teilweise Temperatur) von Neugeborenen, die vom 1. Tag des Lebens an künstlich ernährt wurden. Auffallend und im Gegensatz zu den Ernährungsresultaten im Privathaus stehend ist dabei das meist völlige Scheitern der Ernährung mit einfachen Kuhmilch-Zuckerwassermischungen. Frühzeitiger Zusatz eines zweiten Kohlehydrates gab etwas bessere Resultate. Die Ursachen für das mangelhafte Gedeihen sind in den einzelnen Fällen verschieden. An der minderwertigen Qualität der „Spitalskinder" liegt es gewiß nicht allein; eine bedeutende Rolle neben angeborenen Konstitutionsanomalien spielt sicher in die den meisten Kliniken übliche schematische Pflege. Durchbrechen dieses Pflegemodus — mehr Selbständigkeit der Pflegerin; Tag und Nacht die gleiche Pflegerin — gab bessere Resultate. Die in aller Kürze erfolgte Mitteilung der Fälle soll nur einen kleinen Beitrag liefern zur Diskussion der angeschnittenen wichtigen Fragen.

In der Diskussion betont Feer ebenfalls den Einfluß der Pflege.

Emil Fröschels (Wien) spricht über die **Wichtigkeit sprachärztlicher Behandlung.** Dieselbe kann nicht nur die fehlerhafte Aussprache, wie Stottern, Stammeln, Näseln usw. bessern und die Patienten von dem deprimierenden Leiden befreien, sie ist auch in der Lage, den Stummen die Sprache zu verschaffen, ob dieselben hören oder nicht. Er plädiert für möglichst frühe Behandlung aller Sprachkranken, besonders aber der Stummen, die dadurch der großen Gefahr geistiger Isoliertheit enthoben werden. Häufig hängen geistige Defekte (Minderwertigkeit) von einer Sprachstörung ab, und können daher mit dieser behoben werden. Aber selbst primäre intellektuelle Minderwertigkeit könne durch andauernde sprachärztliche Behandlung wesentlich gebessert werden. Der Vortr. demonstriert schließlich seine neue, aus der Sprachambulanz des St. Anna-Kinderspitals in Wien stammende Methode zur Heilung des Lispelns. Diese habe vor den anderen Methoden den Vorteil, daß der Patient von der ersten Ordination an allein zu üben imstande ist, wodurch die Heilungsdauer wesentlich verkürzt wird.

Diskussion: Nadoleczny (München) spricht zur Behandlung des Stotterns.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 19. November 1909.

L. Kaumheimer: **Über paraartikuläre Pneumokokkeneiterungen bei Kindern (Bursitis et Tendovaginitis pneumococcica).** Auf Grund von drei klinisch beobachteten Fällen kommt K. zur Aufstellung eines neuen Krankheitsbildes der „Bursitis und Tendovaginitis pneumococcica". Es handelt sich um 3 Kinder im Alter von 1—2 Jahren, alle rachitisch-anämisch und teilweise stark zurückgeblieben, welche nach Pneumonie oder Otitis (in einem Falle primär) von paraartikulären Eiterungen (in zwei Fällen multipel) befallen wurden. In allen Abszessen wurde der Diplococcus lanceolatus nachgewiesen (Kulturen, Tierversuche, Blutkulturen, Blutuntersuchung nach der Stäublischen Methode). Die Eiterungen wurden nur durch kleine Inzisionen eröffnet. Alle drei Patienten überstanden die Erkrankung, kein Gelenk zeigte irgend welche funktionelle Störung. (Demonstration von zwei der geheilten Kinder.)

(Ausführliche Publikation voraussichtlich in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten.)

Diskussion: Ibrahim, Pfaundler.

Frl. L. Salzberger demonstriert einen $1^3/_4$ jährigen Knaben mit **akutem zerebralen Tremor**, der nach zweimonatlicher Dauer fast ganz verschwunden ist.

Diskussion: Lotmar.

Ibrahim demonstriert folgende Fälle:

1. 11 jähriges Mädchen mit **angeborenem Kernmangel** (Ptosis links und Störungen in der Gaumen- bzw. Zungenmuskulatur).

2. 9 jähriges Mädchen mit typischer **Hemiplegia spastica infantilis**; deutliche symmetrische Mitbewegung; guter Erfolg der Massage- und Übungstherapie.

3. **Zerebrale Diplegie (Littlesche Krankheit)**; 2 jähriger Knabe, Frühgeburt; typische „Tabes spasmodique“ mit guter Intelligenz.

4. **Zerebrale Diplegie**; 8 jähriger Knabe; künstliche Frühgeburt mit 6 Monaten, spastische Paraplegie der Beine, Parese der Arme, Blindheit, gute Intelligenz. Geringe Mikrozephalie; beidesseitige Mikroophthalmie, r. Katarakt, l. Persistenz der Arteria hyaloidea, Atrophie der Sehnerven und seitliches Kolobom der Netz- und Aderhaut. Pränatale Entstehung des ganzen Leidens wahrscheinlich.

5. $4^1/_2$ Monate alter Säugling mit **zerebraler Diplegie** im Anschluß an Meningealblutung durch Schwergeburt.

6. 2 jähriges Mädchen mit **halbseitigem Intentionstremor, Hemiataxie usw.** Wahrscheinlichkeitsdiagnose **Hirntuberkel.**

7. $1^3/_4$ jähriges Mädchen mit **Blasenektopie.** Im Verlauf einer Varizellenerkrankung wurde eine typische Varizelle auf der Blasenschleimhaut beobachtet.

IV. Neue Bücher.

C. H. Stratz. **Der Körper des Kindes und seine Pflege.** 3. Auflage. Stuttgart, F. Enke. Preis: 16 Mk.

Ein schönes und interessantes Buch, das Eltern und Ärzten warm zu empfehlen ist. Der Verf. hat diesmal auch die natürliche Pflege des gesunden Kindes berücksichtigt, wofür ihm die Leser sicherlich Dank wissen werden. Auch sonst hat das Werk eine vielfache Umgestaltung erfahren. 312 prachtvoll ausgeführte Abbildungen und 4 Tafeln erhöhen den Wert des Buches. Möge dasselbe weiterhin die verdiente Verbreitung finden. Grätzer.

H. Kielhorn. **Erziehung und Unterricht schwachbefähigter Kinder.** Verlag von C. Marhold, Halle a. S.

Der auf dem Gebiete des Hilfsschulwesens rühmlichst bekannte Verf. gibt einen ausführlichen Lehrplan für die Hilfsschulen. Besonders interessant für den Pädiater ist das Kapitel der Erziehung zum Gehorsam, die sittlichen Verfehlungen, Zuchtmittel und Strafe. Wer sich in das Gebiet des Hilfsschulwesens einführen will, wird die Schrift gewiß mit Gewinn lesen.

A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.).

Th. Juhen. **Die Erkenntnis des Schwachsinns im Kindesalter.** Verlag von S. Karger, Berlin.

Die kleine Schrift ist ein erweiterter Vortrag des Berliner Psychiaters, der für Eltern und Lehrer bestimmt war. Was das Buch aber auch für den Mediziner wertvoll macht, ist die breite Berücksichtigung der körperlichen „Degenerationszeichen“, denen dann eine populäre Darstellung der Intelligenzprüfungen folgt. Der flüssige, klare Stil des Autors läßt das Schriftchen in hohem Maße geeignet erscheinen, Eltern und Lehrern einen Einblick in diese schwierige Materie zu gewähren. Wenn aber der Laie frühzeitig den kindlichen Schwachsinn erkennen lernt, so kommt das vielleicht noch bildungsfähige imbezille oder debile Kind möglichst frühzeitig in die Hände des fachmännisch gebildeten Arztes. A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.).

V. Therapeutische Notizen.

Jothion hat Dr. Braitmaier (Kiel) mit bestem Erfolge bei Drüsen, Sehnenscheidenentzündungen, Gicht, Periostitis, Pleuritis, rheumatischen Muskelbeschwerden angewandt. Man verordne aber das Präparat nur 10%ig. Von einer derartigen Salbe oder Ölmischung genügt im allgemeinen, täglich 1 mal, bei schweren Exsudaten und Entzündungen 2 mal täglich 5—8 Minuten eine geringe Menge einzureiben. 20 g einer 10%igen Jothion-Olivenölmischung kosten nur 1 Mk.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1909. Bd. 49. Nr. 9.)

Protargol bei Erkrankungen des Nasen- und Rachenraumes wandte mit Erfolg Dr. R. Mayer (Berlin) an. Schon 1908 hat Berliner die Behandlung der Angina auf dem Wege der Nase mit Protargol empfohlen. Er verordnete hierzu folgende Salbe:

Rp. Protargol 1,5
solve in Aq. dest. 2,5
Lanolin. 6,0
Menthol. 0,1
Saccharin 0,3
Vaselin flav. ad 15,0

und ließ erbsengroße Portionen derselben in der Nase verreiben. Er benutzte diese Salbe zur Nachbehandlung der Nasen- und Halsdiphtherie und von akuten Entzündungen der Nasenschleimhaut. Mayer kann die Brauchbarkeit des Protargols bei diesen Indikationen durchaus bestätigen. Ihm hat sich das Präparat aber auch bei chron. hypertrophischer Rh. als hervorragend wirksam erwiesen. Seine Behandlung besteht darin, daß der Pat. morgens Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung, der man 1% Glyzerin zusetzt, vornimmt, und daß jeden Abend die Schleimhaut mit 10%igem Protargol-Lanolin oder der Berlinerschen Salbe massiert wird. Wöchentlich einmal ein Coryfinspray hat sich als recht vorteilhaft erwiesen. In einigen Fällen, wo andere Mittel im Stiche gelassen, zeigte diese Methode prompten Erfolg. (Therap. Monatshefte. Juni 1909.)

Phimosenoperation. Eine eigene Methode empfiehlt Dr. E. Schlechtendahl (Barmen). Um ein kosmetisch besseres Resultat bei den Phimosenoperationen zu erzielen, erdachte S. vor 6 Jahren eine Operationsmethode, die er seitdem in zahreichen Fällen mit bestem Erfolg angewandt hat. Er ging damals auch von der Beobachtung aus, daß der Einschnürungsring bei der Phimose nur vom innern Blatt gebildet wird, und daß mit der Spaltung des inneren Blattes die Phimose behoben ist. Er operiert folgendermaßen: Mit einer spitzen über die Fläche gebogenen Schere sticht er an der Übergangsfalte des äußeren zum inneren Blatt oben in der Mitte des Präputiums ein und trennt durch je einen bogenförmigen Schnitt nach rechts und nach links in der halben Zirkumferenz der Penis das äußere von dem innern Blatt. Jetzt läßt sich das äußere Blatt leicht zurückschieben; das innere Blatt liegt auf der Glans frei auf und wird in der Mittellinie fast bis zur Corona glandis gespalten. Die durch den Dorsalschnitt entstehenden Ecken des inneren Blattes werden abgerundet und die egalisierte Schnittfläche des inneren Blattes mit der etwas zu spannenden des äußeren Blattes durch Naht vereinigt. Wenn das Präputium sehr lang ist, verfährt S. in ähnlicher Weise, daß er nämlich zunächst das rüsselförmig vorspringende Präputium vor dem Penis mit einer Klemme abklemmt und vor der Klemme abkappt; dann wird das äußere Blatt zurückgeschoben, das innere dorsal gespalten, wie oben egalisiert und in seiner ganzen Zirkumferenz mit dem äußeren vernäht. Durch diese Methode wird nicht nur ein besseres kosmetisches Resultat erzielt, es wird vor allem verhindert, daß die Glans freiliegt, was bei kleinen Kindern oft zu schlecht heilenden Erosionen der Urethralmündung und dadurch bedingter Urinverhaltung führt. Die Operation wurde bei Kindern in Chloroformnarkose gemacht.

(Therapie der Gegenwart. November 1909.)

Galafer, ein neues Eisen-Milch-Nährmittel (Hersteller: Apotheker Dr. Stohr in Wien) hat der Wiener Kinderarzt Dr. H. Haase bei Anämischen, Schwächlichen,

Rekonvaleszenten usw. angewandt. Das haltbare, wohlschmeckende Präparat kann Kindern unbemerkt in Milch, Kakao usw. kaffelöffelweise gegeben werden. Es regt bald den Appetit an und wirkt kräftigend ein.

(Klin.-therap. Wochenschrift. 1909. Nr. 52.)

Ein Versuch mit Nestlémehl bei seinem eigenen Kinde hat Dr. v. Neumann gemacht. Das schwächliche Siebenmonatkind machte bei Brusternährung und später bei künstlicher nie rechte Fortschritte, erbrach die Nahrung, nahm an Gewicht nie zu. Das wurde mit einem Schlage anders, als Nestlémehl gereicht wurde. Ein Versuch, diese Nahrung wieder aufzugeben, mißlang; es mußte zu Nestlé zurückgekehrt werden. Das jetzt 8 Monate alte Kind erhält jetzt schon andere Nahrung dazu, Nestlé hatte ihm über die schwersten Klippen hinweggeholfen.

(Österr. Ärzte-Ztg. 1909. Nr. 6.)

Über Soxhlets Nährzucker schreibt Dr. R. Vogel (Rudolf-Kinderspital in Wien): „Ich hatte Gelegenheit, im Kronprinz Rudolf-Kinderspital dieses Präparat durch längere Zeit anzuwenden, gab den Nährzucker auch gesunden Kindern als Zusatz zur Kuhmilch als ausschließliche Nahrung von den ersten Lebenswochen an. Der Nährzucker wurde gern genommen, ja ich sah, daß Kinder, denen, da die Brust nicht ausreichte, auch nebenbei Nährzuckermilch gegeben wurde, diese letztere Nahrung vorzogen. Eine geringe Neigung zur Obstipation war in einzelnen Fällen zu beobachten, doch bekämpft man diesen Zustand leicht durch Vergrößerung des Nährzuckerquantums und Verringerung der Milchmenge. Da das Präparat absolut den Darm nicht reizt, so kann man dies ohne Bedenken tun. Die gesunden Kinder entwickelten sich unter dieser Ernährung vollkommen normal. Für Säuglinge, die behufs Operation — Hasenscharten — Angiome aus sozialen Gründen plötzlich abgesetzt werden mußten, erwies sich der Nährzucker als eine Wohltat. Die früher vielfach beobachteten und gefürchteten Gastro-Intestinal-Störungen, insbesonders das Erbrechen, das für den Wundverlauf nach Operationen am Munde oder im Gesichte nicht gleichgültig ist, der aufgetriebene Bauch, die große Unruhe der Kleinen hörten auf. Sind die akuten Erscheinungen eines Magendarmkatarrhs bei Kindern abgeklungen, so bietet oft der Übergang zur Milchnahrung erhebliche Schwierigkeiten. Rückfälle werden oft genug beobachtet. Gibt man nach kurzer, 6- bis 12stündiger Teediät die Milch mit Nährzucker, zuerst in kleinen Mengen, so wird die Milch meist anstandslos vertragen und es ist eine Freude zu sehen, wie rasch sich die Kinder erholen; der Darm beruhigt sich und die Verlangsamung der Peristaltik läßt auch eine gründlichere Ausnützung der Milch im Darme zu. Ambulatorisch kam der Nährzucker bei uns viel bei Atrophikern in Anwendung, und die Resultate waren recht günstig zu nennen. In zwei Fällen wurde die gewöhnliche Mischung, die ja sehr leicht herzustellen ist, was gewiß auch einen nicht zu unterschätzenden Vorteil bedeutet, nicht genommen, leichte Obstipation trat des öfteren auf. Zum großen Teil aber klangen die intestinalen Erscheinungen rasch ab, und dann hob sich auch rasch das Körpergewicht, in einzelnen Fällen in überraschend hohen, fast sprunghaften Zahlen. Über günstige Resultate mit Nährzucker bei Atrophikern berichtet ja auch Dr. Moro aus dem Ambulatorium des St. Anna-Kinderspitals."

(Österr. Ärzte-Ztg. 1909. Nr. 10.)

Pilul. Sanguinalis Krewel hat Dr. A. Grünberg (Mähr. Neustadt) bei anämischen Zuständen mit bestem Erfolge ordiniert bei Erwachsenen und Kindern. Von letzteren führt G. folgendes Beispiel an: O. F., 11jähriges Mädchen, das wegen einer Conjunctivitis phlyktaenulosa des rechten und einer Keratitis ekzematosa des linken Auges in meine Behandlung trat. Bei dem sehr schwächlichen Kinde mit typisch skrofulösem Habitus bestand gleichzeitig ein trockener Reizhusten, der sehr suspekt erschien, zumal auch abendliche Temperatursteigerungen bis zu 38° nicht fehlten. Zur Besserung der schlechten hygienischen Verhältnisse, in welchen die kleine Patientin sich befand, konnte kaum mehr geschehen, als daß ich sie, so oft und so lange es anging, im Freien sich aufhalten ließ. Im übrigen ordnete ich zur Unterstützung der entsprechenden lokalen Behandlung der Augen die von Kapesser empfohlenen Schmierseifenabreibungen an. Diese bewirkten zwar, daß allmählich der Husten sich milderte, das Fieber schwand und auch ein wenig Appetit sich einstellte, mußten aber dennoch nach kaum 14 Tagen weggelassen werden, da die Haut des Kindes sich als allzu reizbar erwies. Mit

der Absicht, sie wieder aufzunehmen, sobald die Hautreaktion vorüber sein würde, verabreichte ich, zur Ausfüllung der Pause gleichsam, die Sanguinalpillen. Als jedoch bei deren Gebrauch die bis dahin erzielte Besserung nicht bloß anhielt, sondern sogar auffallend rasch fortschritt, hatte ich keine Veranlassung mehr, zur anfänglichen Kur zurückzukehren. Als ich nach Abschluß der Behandlung, die insgesamt 7 Wochen gedauert hatte, die Kleine zuletzt sah, konstatierte ich mit Befriedigung ein ziemlich gesundes, frisches Aussehen; sie hatte keine Anzeichen von Bronchitis mehr, dagegen, wie die Mutter erzählte, fortwährend Hunger, und ihr Körpergewicht war von 21 auf 23,5 kg gestiegen. Das rechte Auge war ganz normal, am linken ließ nur eine kleine, in Aufhellung begriffene Hornhautnarbe den abgelaufenen Prozeß erkennen.

(Österr. Ärzte-Ztg. 1909. Nr. 14.)

Einfacher Apparat zur sauberen und keimfreien Zubereitung der Kindernahrung von Dr. Lichtenstein (Neuwied). L. hat einen Milchkochapparat hergestellt, der in dem bekannten Stanzwerk Justus Assmann (Neuwied) fabriziert wird und der infolge seiner Einfachheit und Billigkeit es auch Leuten in bescheidenen Verhältnissen ermöglicht, sich einen guten Milchsterilisator zu beschaffen. Solche Apparate können nur dann nutzbringend und segensreich werden, wenn sie für jedermann erreichbar sind. Der Milchsterilisator ist aus gutem Material hergestellt und soll zum Preise von etwa 4 Mk. verkauft werden. Er ist ein Zapfapparat, einfach und solide. Er besteht aus einem gestanzten verzinnten Topf von 2 l Inhalt, mit vernickeltem Hahn, der in einem festen Stativ ruht und von einem kräftigen Spiritusbrenner beheizt wird. Die Nahrung wird in dem offenen Topf gekocht unter zeitweiligem Umrühren, vom Sieden ab etwa 5 Minuten. Alsdann wird der Deckel mit festem Verschluß aufgestetzt. In diesem Deckel befindet sich ein Schornstein mit Siebnetz (Luftfilter), in das man eine dünne Watteschicht hineinlegt. Dann drückt man einen zweiten, kegelförmigen Trichter mit Siebnetz fest hinein und ist nun fertig mit der Herrichtung. Will man im Sommer die Milch kühl halten, so hängt man den Milchtopf in einen Eimer an dem seitlichen kräftigen Handgriffe auf. Die so zubereitete Nahrung hat sich unbegrenzt gut und genießbar. Die Säuglingsnahrung wird dann in beliebiger Menge in die sauber bereit gehaltene Flasche mittels des Hahns gezapft und etwas angewärmt verabreicht. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 47.)

Steriler Transport der Muttermilch auf Neugeborene wird nach Dr. R. Klotz sehr gut gewährleistet durch eine Methode, die schon seit längerer Zeit an der Tübinger Frauenklinik auf Empfehlung von Bock mit bestem Erfolg verwendet wird und entschieden den Anspruch auf große Billigkeit und praktische Einfachheit erheben darf. Man benützt dazu eine gewöhnliche Milchflasche.[1]) Diese wird in Wasser ausgekocht, aus demselben, noch heiß, herausgenommen, der Flaschenhals kurz in kaltes, gekochtes Wasser getaucht und sofort über die Brustwarze geschoben. Die vorher erwärmte und im Innern der Flasche ausgedehnte Luft kühlt sich nunmehr ab und zieht sich infolgedessen zusammen. Dadurch findet eine Saugwirkung statt und die Milch ergießt sich in einem Strahle in die Flasche hinein. Ein besonderer Apparat für das Ansaugen wird also in diesem Falle nicht benötigt. Die Milch ist steril und gleichzeitig lebenswarm, so daß die Flasche, mit einem Gummisauger versehen, dem Säugling sofort gereicht werden kann. In zehn Minuten ist man imstande, am dritten Tage etwa 50 ccm abzusaugen, die ungefähr einem Drittel der Gesamttageszufuhr entsprechen. Mit Vorteil läßt sich übrigens auch durch diese Flaschensaugwirkung die Milchsekretion bei verspätetem Einschießen oder primär schlechter Brust beeinflussen. Dieses Verfahren ist wegen seiner Billigkeit und Einfachheit besonders danach angetan, draußen in der Praxis ausgedehnteste Anwendung zu finden; K. erinnert nur an Wöchnerinnen mit zu kleinen, nicht faßbaren oder wunden Warzen und an Neugeborene, die zu früh in Gesichtslage oder aber mit einer Gaumenspalte behaftet zur Welt kommen und deswegen nur schlecht oder gar nicht saugen können. Zu empfehlen ist es auch ferner für Arbeiterfrauen, welche einen Teil des Tages fern vom Hause zubringen müssen und doch ihrem Kinde Muttermilch zukommen lassen wollen. Diese

---

[1]) Am besten eignet sich eine Soxhletflasche oder eine Flasche mit ähnlicher Öffnung, weil die Brustwarze sich ihrer Halsform besonders gut anpaßt, so daß beim Ansaugen ein luftdichter Abschluß garantiert wird.

können im voraus eine größere Quantität Milch auf diese Art sich verschaffen, die, in der sterilen Flasche aufbewahrt, später erwärmt und dem Kinde verabfolgt wird; oder sie saugen in kurzer Arbeitsunterbrechung schnell die nötige Menge und reichen dann dem Säugling die Muttermilch in der Flasche.

(Klin.-therap. Wochenschrift. 1910. Nr. 1.)

Zur Behandlung der Rhinitis acuta empfiehlt Dr. H. Schmidt (Straßburg) die essigsaure Tonerde. In einer $^1/_2$—$^1/_4$% Verdünnung ist sie ein ausgezeichnetes Gurgelwasser und kann bei beginnendem oder bestehendem Schnupfen von Erwachsenen und halbwüchsigen Kindern zu Nasenspülungen verwendet werden. Es gibt kaum eine einfachere Anwendungsweise als eine Nasenspülung: sie scheint — im Hause des Patienten angewendet — noch einfacher und wirkungsvoller zu sein, als eine Prise weißen Tons. Die Verteilung über das affizierte Gebiet dürfte vergleichsweise besser der flüssigen essigsauren Tonerde gelingen, als dem trockenen Ton. Auch eignet sie sich für alle Arten des Schnupfens und macht die einleitende Anwendung von Adrenalinpräparaten, wie sie Trumpp bei starker akuter Schwellung der Nasenschleimhaut vor dem weißen Ton benötigt, durchaus überflüssig. Man setzt einfach das Glas mit der verdünnten essigsauren Tonerde ebenso an die Nase, wie man es für gewöhnlich zum Trinken an den Mund ansetzt, zieht bei zurückgelehntem Kopfe über einer Schüssel mehrmals die Flüssigkeit in die Nase hinein, bis sie womöglich teilweise hinten im Nasenrachenraum erscheint, und läßt jedesmal das überflüssige Quantum in die Schüssel zurückfallen. Die weitere Reinigung der Nase geschieht dann durch mehr oder weniger kräftiges Ausschnauben ihres Inhaltes. Man findet sofort eine Erleichterung der Atmung, das schmerzhafte Gefühl wird beseitigt, die Schwellung wird wesentlich vermindert, die Passage zur Atmung wird frei. Die Wiederholung dieser Prozedur geschieht nach Bedürfnis etwa 4—5 mal am Tage. Auf diese Weise kann man selbst den schlimmsten Schnupfen geradezu kupieren: er kommt gar nicht zum Ausbruch, ein eitriges Stadium fehlt, in 2—3 Tagen ist er geheilt. Bei den kleineren Kindern, welche nicht selbständig mit der Nase aufzuschlürfen vermögen, benutzt man einen mit Watte armierten Triller (wie ihn die Otologen verwenden), befeuchtet ihn mit der verdünnten, $^1/_2$% essigsauren Tonerde und fährt damit ein- oder zweimal in jedes Nasenloch, am besten bei zurückgelehntem Kopfe des Kindes oder wenn es auf dem Rücken liegt.

(Therap. Rundschau. 1910. Nr. 3.)

„Retetherm", ein neuer Säuglingswärmer hat sich, wie Dr. R. Schonnefeld mitteilt, in der Dermatolog. Klinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M. bestens bewährt. Es handelt sich um Thermophorplatten von der Größe, daß der ganze Säugling von Kopf bis zu den Füßen darin eingehüllt werden kann. Ein Netz umspannt die Thermoplatte, so daß diese, auch wenn das Kind unruhig wird, zusammengehalten wird. Und um die gefürchtete Wärmestauung zu vermeiden, wurde das in den Termophor eingehüllte Kind in eine Art Hängematte suspendiert. Das Kind schwebt so frei in der Luft, so daß die Wärme nach allen Seiten hin gleichmäßig ausstrahlen kann. Es wurden nun in der Herxheimerschen Klinik und ebenso in der städt. Gebursbilfl. Klinik mit diesem Apparat die besten Resultate erzielt: War die Temperatur eingestellt, so blieb sie konstant, gleich, an welcher Stelle dem Säugling das Thermometer angelegt wurde. Das zwischen Säugling und Thermoplatte eingelegte Thermometer blieb stets auf der eingestellten Höhe. Die große praktische Bedeutung liegt auf der Hand: Die Wärmflaschen sind umständlich, wechseln stets die Temperatur und führen die Wärme dem Säugling nicht von allen Seiten zu. Die bisherigen Thermophore waren wegen der Gefahr der Verbrennung gefährlich und ließen die leichte Regulierbarkeit und Gleichmäßigkeit der eingestellten Temperatur vermissen. Vor den kostspieligen Küvetten hat dieser Apparat den Vorzug der Billigkeit, des leicht Transportablen und der Raumersparnis. Nicht zu unterschätzen ist ferner für Säuglinge der Vorteil, daß sie weiter in der gewöhnlichen Zimmerluft atmen können und später nicht dem gefährlichen Wechsel zwischen Brutofen- und Zimmerluft ausgesetzt sind. Sch. hat diesen praktischen Wärmespender $^1/_2$ Jahr auf der Kinderabteilung erprobt und bei Säuglingen mit universellen Dermatosen und Lues hereditaria, die ihm hinfällig mit Untertemperaturen eingeliefert wurden, und die im „Retetherm" bald eine normale, und wie die steten Kontrollen zeigten, stets gleichbleibende Temperatur erlangten, ohne daß der Apparat einer Bedienung bedurfte.

(Therap. Monatshefte. 1910. Nr. 1.)

VI. Monats-Chronik.

Berlin. Der Stadtverordnetenausschuß hat der Magistratsvorlage entsprechend 10000 Mk. für die Schulzahnklinik bewilligt.

— Das Lokalkomitee Groß-Berlin für Zahnpflege in den Schulen eröffnet eine zweite Schulzahnklinik, Hochstraße 4, am 1. April.

— Schöneberg. Zahnarzt Kurt Hahn (Altona) ist zum Leiter der im April zu errichtenden Schulzahnklinik ernannt.

— Die preußische Akademie der Wissenschaften hat durch die physikalisch-mathematische Klasse ihrem korrespondierenden Mitglied, Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Straßburg Dr. Friedrich v. Recklinghausen, zur Herausgabe eines monographischen Werkes über Rachitis und Osteomalazie 3000 Mk. bewilligt.

— In Sachsen, wo es unter $4^1/_2$ Millionen Einwohnern 9931 verkrüppelte Kinder unter 15 Jahren, darunter 856 anstaltsbedürftige gibt, will die Kgl. Staatsregierung dem jüngst geschaffenen Verein „Krüppelhilfe“ zur Verteilung an die angeschlossenen Vereine alljährlich zunächst 15000 Mk. zur Verfügung stellen. Die sächsische Krüppelfürsorge soll sich hauptsächlich in der Richtung bewegen, daß die Krüppelkinder, von denen nur etwa 10% geistig nicht normal sind, in Anstalten ärztlich, orthopädisch und operativ behandelt, unterrichtet und zum Broterwerb in geeigneten Berufen ausgebildet werden. Den Bildungsunfähigen soll die Anstalt dauernd Unterkunft bieten. Für Anstaltsentlassene soll die Anstalt für alle Zeit eine Stelle der Beratung, der Zuflucht, die Heimat bilden.

— Heidelberg. Die der Prof. Vulpiusschen Orthopädisch-chirurgischen Klinik alljährlich zur Verfügung stehende Jubiläumsstiftung von je 10000 Mk. kam 1909 239 unbemittelten Knaben und Mädchen zugute, welche in dieser Heilanstalt an 14367 Verpflegungstagen behandelt wurden. Anfragen und Anmeldungen für das laufende Jahr sind zu richten: An die Verwaltung der Prof. Dr. Vulpiusschen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt, Luisenstraße 1—3.

— III. Internationaler Kongreß für Schulhygiene in Paris (2.—7. August). Hauptthemata: Vereinheitlichung der Methoden bei der körperlichen Untersuchung in den Schulen. Sexuelle Erziehung. Vorbereitung und Wahl des Schularztes. Sektionen: Schulgebäude und Schulmobilien. Hygiene der Internate. Ärztliche Schulaufsicht und persönliche Gesundheitsscheine. Die praktische Berechtigung ihrer Einführung. Physische Erziehung und Förderung persönlicher Gesundheitspflege. Vorbeugungsmaßregeln gegen ansteckende Krankheiten in der Schule. Aus dem Schulbetrieb herrührende Krankheiten. Die Hygiene außerhalb der Schule. Freiluftschulen, Ferienkolonien. Der Lehrkörper, seine Hygiene, seine Beziehungen zur Familie und zu den Schulärzten. Hygienische Unterweisungen für Lehrer, Schüler und Familie. Beziehungen der Lehrmethoden und -anordnungen zur Schulhygiene. Sonderschulen für anormale Kinder. Näheres durch Prof. Dr. H. Griesbach (Mülhausen i. E.).

— Triest. Die Gesellschaft der Kinderfreunde hat ihr neuerbautes Seehospiz in Valdoltra an der Istrianer Küste eröffnet. Nähere Auskünfte erteilt das Exekutivkomitee des Seehospizes Via S. Nicòlo 4.

— Palermo. a. o. Prof. Dr. R. Jemma ist zum o. Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

— Gestorben: Der „Deutschen med. Wochenschrift“ entnehmen wir folgenden Nachruf:

Am 7. Januar starb im Alter von 84 Jahren der Geh. San.-Rat Dr. August Steffen, der langjährige Leiter der von seinem Vater begründeten Kinderheilanstalt in Stettin. Durch seine zahlreichen Veröffentlichungen, nicht minder durch den hervorragenden Anteil, den er an der Begründung der „Sektion“ und später der „Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ hatte, ferner durch seine 40jahrige Zugehörigkeit zur Redaktion des „Jahrbuchs für Kinderheilkunde“ hat er sich um die Förderung seines Sonderfaches bleibende Verdienste erworben. Sein emsiger Fleiß und die Begeisterung für seine Wissenschaft wurden noch übertroffen durch die Schlichtheit seiner vornehmen, kindlich harmlosen, gewinnenden Persönlichkeit.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. BAUER (Emmendingen), Dr. W. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. O. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. Gg. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. M. MICHALOWICZ (Warschau), Dr. Herm. NETTER (Pforzheim), Dr. G. OOTMAR (Haarlem), Dr. S. RUBINSTEIN (Riga), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. G. SOMMER (Zittau), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. VULPIUS (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. WEGSCHEIDER (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. April 1910. Nr. 4.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. April 1910. Nr. 4.

I. Originalbeiträge.

Ein klinischer Beitrag zur Bewertung des neuen Keuchhustenmittels „Eulatin".

Von

Dr. med. **Bruno Bosse,**

leitendem Arzte der Heimstätte in Berlin N. 20.

Wie die Ätiologie der Pertussis trotz der Entdeckung von mancherlei, besonders influenzabazillenähnlichen Bakterien — ich erinnere an die Arbeiten von Czaplewsky und Hensel 1897, Afanasieff und Semtschenko, Ritter, Vincenzi, Busch und Reyher, Jochmann und Krause 1901, Bordet und Gengou 1906 — noch nicht sicher festgestellt ist, fehlt es uns bisher an einem Spezifikum bakteriologischer Natur gegen diese Infektionskrankheit. Leuriaux'[1]) diesbezügliche Versuche mit Serum von gewöhnlichen Sputumbewohnern (Jochmann) sind wohl nicht ernstzunehmen. Die gebräuchlichen Behandlungsmethoden sind daher symptomatische geblieben und teilen sich nach Baedeker[2]) in drei Arten, je nachdem der klinische Beobachter entweder antiinfektiös mittels Chinin und Antipyrin oder antikatarrhalisch durch Thymian, Althea und Senega oder antispasmodisch durch Morphium, Bromoform, Brom, Belladonna therapeutisch zu nützen versucht. Die Vielgestaltigkeit der Mittel beweist nach Henoch[3]) ihre große Unzulänglichkeit. Kein Wunder, daß dieser Altmeister der Pädiatrie seinen Zuhörern eingesteht, daß mit der Behandlung der an und für sich prognostisch günstigen Krankheit nicht viel Ehre einzulegen ist. (Auch Heubner[4]) steht auf demselben Standpunkt.) Er beschränkt sich daher vollkommen auf die Verwendung des Morphiums, um nur Intensität und Frequenz der heftigen Anfälle, die meist nachts auftreten, zu mildern.

Als nun unter dem großen Säuglingsmateriale der Heimstätte, welches vom November 1908 bis zum Februar 1909 von einer andernorts beschriebenen[5]) schweren septischen Windpockenepidemie heimgesucht worden war, im Juli 1909 2 sporadische Fälle von Keuch-

[1]) Sem. méd. 1902. Nr. 29.
[2]) Therapeutische Monatshefte. September 1909.
[3]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 7. Aufl. 1893.
[4]) Lehrbuch 1903.
[5]) Bosse, Eine Windpockenepidemie. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.

husten vorkamen, und als trotz sofortiger Isolierung in der dicht belegten Anstalt im Laufe des Monats August die Infektion von Bett zu Bett fortschritt, war die Wahl der einzuschlagenden Therapie keine leichte. Da dem Verf. bei vereinzelten Erkrankungsfällen, welche ihm in seiner Poliklinik zu Gesicht gekommen waren, das Reyhersche Rezept gute Dienste geleistet zu haben schien, wurde diese Medikation in ausgedehntem Maße verabfolgt, d. h. die infizierten Kinder erhielten 3 stündlich einen Kinderlöffel der wie folgt zusammengesetzten Arzenei:

Rp. Infus. rad. Ipecac. 0,5 : 180,
Extr. Belladonn. 0,08
Natr. brom. 2
Sirup. Alth. ad 200.

Jedoch hatte diese Ordination weder auf die Ausbreitung, noch auf die Intensität der Anfälle irgend einen Einfluß. Vielmehr waren Ende August 1909 von den 70 in zwei großen Sälen vereinigten Kindern 50 infiziert worden. 2 von ihnen, Mädchen im 9. und 10. Monat, welche beide die Windpockenepidemie mit durchgemacht hatten und schwer rachitisch waren, starben nach 3 bzw. 4 Wochen an einer fieberhaften, durch die Sektion nachgewiesenen Bronchopneumonie. 2 andere konnten wir krank aus dem Hause entlassen. Einer weiteren Ausbreitung suchte man von vornherein in der Weise vorzubeugen, daß man den einmal befallenen Herd abgrenzte und alle von da ab neugeborenen Kinder unter einer besonderen Wärterin in einem großen Saale des Erdgeschosses weitab von den Keuchhustenkindern aufnahm. Diese Maßnahme findet ihre Erklärung in der Annahme (Heubner), daß eine Isolierung durch Zwischenwände genügt, und daß eine Übertragung kaum durch gesunde Zwischenträger erfolgt. Tatsächlich ist auch keins dieser Kinder trotz öfterer Besuche desselben behandelnden Arztes und trotz der frei herumgehenden zahlreichen Mütter erkrankt.

Zufällig an uns gekommene Mitteilungen über günstige Erfolge, welche mit einem neuen, Eulatin genannten Mittel anderwärts errungen sein sollten, veranlaßten uns, den Fabrikanten, Herrn Dr. Ludwig Östreicher, Berlin W. 30, um seine Tabletten zu ersuchen, welche er unserer Wohltätigkeitsanstalt in liberalster Weise zur Verfügung stellte. Auch dieses Präparat versucht nur, wie man aus seinen Komponenten (Amidobenzoësäure, Brombenzoësäure und Antipyrin) ersehen kann, symptomatisch in den drei erwähnten Richtungen zu wirken. Das Antipyrin fungiert darin als antiinfektiöses, die Benzoësäure als antikatarrhalisches und exzitierendes Mittel, das Brom als Nervinum.

Die Tabletten à 0,25 wurden zunächst 3 mal täglich, und wenn der Vorrat reichte, vom dritten Tage ab 6 mal täglich, in einem Teelöffel Milch oder Wasser aufgelöst, verabfolgt; einzelne Kinder, welche das Mittel in dieser Form ungern zu nehmen schienen bzw. welche es schnell wieder ausbrachen, erhielten es in Zwiebackbrei eingerührt. Bei unseren Beobachtungen stützten wir uns auf die bisherigen Publikationen von Friedmann,[1]) welcher an der Neumann-

[1]) Mediz. Klinik. 1908. Nr. 43.

schen Kinderpoliklinik 61 keuchhustenkranke Kinder mit Eulatin behandelt hatte, von Paul Fränkel,[1]) welcher es in 14 Fällen ausprobiert hatte, und schließlich von Wilhelm,[2]) der über 47 Fälle berichtet. Dazu kam noch die schon erwähnte Arbeit von Bädeker.

Vom Einsetzen der Eulatinbehandlung an sind von den 70 ursprünglich vorhandenen Kindern, von denen 50 bereits erkrankt, 4 aber abgegangen waren, noch 17 neu infiziert worden, so daß nur 3 Säuglinge trotz bester Infektionsgelegenheit von der Erkrankung verschont blieben. 63 konnten daher der Eulatinbehandlung unterworfen werden; 30 Mädchen und 34 Knaben waren betroffen. Die genaueren Daten über die Neuerkrankungen innerhalb der Eulatinära sind folgende: Anfang September 3 Neuerkrankungen, Mitte September 2, Ende September 9, Anfang Oktober 2 und Mitte Dezember noch 1, d. h. das Eulatin hat die Virulenz der supponierten Erreger bei den befallenen Kindern nicht so weit abzuschwächen vermocht, daß nicht doch noch Neuinfektionen stattfanden. Bis auf die letzte, die vielleicht gerade deswegen fragwürdig ist, könnten sie alle in ein 4 wöchentliches Inkubationsstadium einrangiert werden, falls man ein solches anzuerkennen geneigt wäre.

Das Lebensalter der erkrankten Kinder schwankte zwischen dem 1. und 22. Lebensmonat, d. h. alle vorhandenen Altersstufen wurden befallen, gleichviel ob die betreffenden Brust- oder Flaschenkinder waren. Der Hauptanteil fällt auf den 8. Lebensmonat. Im einzelnen gestalten sich die Verteilungen folgendermaßen:

1	Kind	im	22.	Monat
1	„	„	20.	„
1	„	„	16.	„
2	Kinder	„	15.	„
2	„	„	12.	„
4	„	„	11.	„
3	„	„	10.	„
6	„	„	9.	„
14	„	„	8.	„
6	„	„	7.	„
5	„	„	6.	„
6	„	„	5.	„
5	„	„	4.	„
3	„	„	3.	„
6	„	„	2.	„
2	„	„	1.	„
67				

Je nach der Schwere der Fälle unterscheiden wir 14 schwere, 30 mittelschwere und 23 leichte Fälle, indem wir unter die leichten diejenigen mit geringem Husten und Auswurf zusammenfassen, als mittelschwer diejenigen gerechnet haben, welche mäßig zahlreiche Anfälle mit Stridor ohne regelmäßiges Erbrechen und ohne schwerere

[1]) Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 4.
[2]) Ärztl. Zentralztg. 1909. Nr. 14.



Erstickungsanfälle hatten. Als schwere bezeichneten wir diejenigen, die sehr zahlreiche Hustenanfälle bei Tag und Nacht mit regelmäßiger Erstickungsnot, Erbrechen, Krämpfen und Blutungen aus Nase und Mund hatten, so daß sie auch in ihrem Allgemeinzustand vorübergehend zurückkamen.

Wie gesagt waren die Kinder fast alle ziemlich sensibel, namentdie älteren, welche mehr oder minder hohe Grade von Rachitis aufwiesen (im ganzen 34 Fälle), weil sie aus einer Zeit stammten, in welcher die Modernisierung der Säuglingsernährung bei uns noch nicht konsequent durchgeführt war. 6 hatten die schwere Windpockenepidemie mit durchgemacht. 11 litten an eitrigem Mittelohrkatarrh, von denen 1 mit Aufmeißelung der Warzenzellen behandelt worden war. 2 hatten Halsdrüsenschwellung, 3 Furunkulose, 1 Barlowsche Krankheit, 10 verschiedene Ekzeme, 1 Rhinitis, 1 Blennorrhoea neonatorum, 2 Syphilis, 1 Pemphigus infectiosus.

Übereinstimmend mit den Erfahrungen der oben zitierten Autoren können wir auch nur bestätigen, daß von dem Moment der Verabfolgung des Eulatins ab das Gesamtbild sich sofort änderte. Bei den meisten Kindern trat sofortige Verminderung der Zahl der Anfälle und Abschwächung der Intensität derselben, besonders auch nachts, ein. Ohne Zuhilfenahme eines anderen Narkotikums oder irgendwelcher anderer Maßnahmen ließ das Erbrechen nach, die schweren Fälle gingen bald in das Stadium decrementi über, die Kinder sahen frischer aus, spielten wieder und nahmen da an Gewicht zu, wo sie vorher abgenommen hatten. Das zähe Sekret verflüssigte sich und lief mühelos aus Nase und Mund; der konvulsivische Charakter der Anfälle ging in kurzem verloren. Nur pfeifende Inspirationen und der katarrhalische Husten erinnerten gelegentlich noch an das Grundleiden.

Ganz besonders deutlich trat das in die Erscheinung bei 4 Müttern, welche gleichfalls im Hause infiziert waren. Es waren 2 schwere, 1 mittelschwerer und 1 leichter Fall. Ihre Heilung schien mir gerade deswegen von so großem Werte, weil sie nicht mit Gewalt isoliert oder exmittiert werden konnten und daher durch ihre Bewegungsfreiheit im Hause nach meiner Anschauung ständige Infektionsquellen auch für andere Mütter, das gesamte Personal, die Privatabteilung und die isolierten Neugeborenen blieben. Weill und Péhu[1]) behaupten ja allerdings, daß der Auswurf im Stadium convulsivum nicht mehr ansteckend wirke. Sie haben im Hospital zu Lyon 93 kranke Kinder mit 15 keuchhustenkranken in diesem Stadium zusammenbringen können, ohne daß eine Neuansteckung erfolgte. Meine Befürchtungen wären dann in der Tat überflüssig gewesen. Die Behandlungsresultate dieser 4 Mütter waren folgende: der leichte Fall war in wenig Tagen geheilt; der mittelschwere Fall in 3 Wochen; der eine der schweren Fälle, welcher schon 4 Wochen hustete, zeigte sofortige Besserung, Abnahme des Hustens bis zu 14 Tagen und Heilung nach weiteren 14 Tagen; der andere dagegen, welcher eine schwer anämische, hysterische Person betraf, die an doppelseitigen Mammaabszessen in Lokalanästhesie

[1]) Prophylaxie et traitement de la coqueluche. Sem. méd. 1901. Nr. 49.

operiert werden mußte, blieb scheinbar 4 Wochen lang unbeeinflußt, um dann in weiteren 4 Wochen allmählich abzuklingen. Möglich, daß hier größere Dosen des Mittels zum Ziele geführt hätten. In der Ordination des Fabrikanten heißt es auch, daß die Dosis für Erwachsene zu verdoppeln ist. Alle Mütter versicherten jedenfalls unisono, daß sie vom Beginn der Medikation an ein erheblich besseres Allgemeinbefinden verspürten, und lobten die Arzenei außerordentlich. Eine fünfte Mutter, die aus Starrsinn trotz aller Zusprüche nicht zu bewegen war, das Medikament einzunehmen, und die selbst schwer erkrankt war, während ihr kräftiger, sonst in jeder Beziehung gesunder Knabe von 8 Monaten nur ganz leicht affiziert war, blieb daher für ihn eine dauernde Infektionsquelle. Gerade dieser Knabe mußte mit einer Kapillarbronchitis büßen, der er nach 5 Wochen an Herzschwäche trotz energischer Behandlung erlag.

Im übrigen gestalteten sich die Besserungs- bzw. Heilungsziffern folgendermaßen: In 20 Fällen ist eine bemerkbare Besserung am 3. (5 Fälle), am 4. (1 Fall), am 5. (4 Fälle), am 8. (8 Fälle) und am 14. Tage (2 Fälle) notiert worden. Dazu kommen noch 25 Fälle, welche in denselben Zeiten als geheilt bezeichnet werden konnten, und zwar:

In	2	Tagen	1	Fall
„	3	„	1	„
„	4	„	3	Fälle
„	5	„	2	„
„	6	„	3	„
„	7	„	2	„
„	10	„	2	„
„	14	„	11	„
= ca. 39 %:			25	Fälle,

d. h. 20 plus 25 = 45 Fälle sind innerhalb 14 Tagen gebessert bzw. geheilt worden, = 71 %, wobei die Zahl der Heilungen noch die der Besserungen überwiegt. Die größte Zahl dieser Fälle betrifft solche, welche von vornherein mit dem Mittel behandelt wurden, und bei denen schwerere Paroxysmen fehlten. Jedoch befinden sich darunter auch eine Reihe mittelschwerer und 2 sehr schwere Fälle. Gerade die letzteren sind in 5 bzw. 10 Tagen ausgeheilt, so daß man die Prognose meines Erachtens durchaus nicht von der Schwere des Falles abhängig machen kann. Auch ist der Einfluß des Eulatins auf einen bestimmten Fall a priori nicht vorauszusagen. Denn unter den restierenden am Leben gebliebenen 34 Kindern (abgesehen von den 25, die in kurzer Frist als geheilt bezeichnet werden konnten und abzüglich 4 Todesfällen) sind als geheilt vermerkt

nach	3	Wochen	2
„	4	„	18
„	5	„	6
„	6	„	4
„	8	„	3
„	3	Monaten	1
Sa.:			34 sekundär geheilte Kinder.

Die folgende Tabelle gibt eine genaue Übersicht über alle Fälle.

Es waren von Keuchhusten befallen: 70 Kinder, 5 Erwachsene. Von den Kindern wurden vor der Eulatinperiode infiziert 50

mit 2 Todesfällen
mit 2 Abgängen
4

Es blieben für die Eulatinbehandlung	46 Kinder
Von den restierenden 20 Kindern erkrankten in der Eulatinperiode	17 „
Also sind der Eulatinbehandlung unterworfen worden	63 Kinder
Dazu kommen 4 Mütter	4 Mütter
Die Eulatinbehandlung wurde versucht in insgesamt	67 Fällen.

NB. Die 5. Mutter verweigerte die Medikation und litt 4 Wochen an sehr schwerem Keuchhusten, der allmählich in Wochen spontan abklang.

Von den 63 Eulatinkindern zeigten

20	Besserung in 14 Tagen = 32 %	} = 71 %
25	Heilung „ 14 „ = 39 %	
33	„ „ 3—8 Wochen	
1	„ „ 3 Monaten	
4	starben = $6^1/_2$ %	
Sa.: 63		

Näher zu explizieren blieben noch die 4 Todesfälle unter der Eulatinbehandlung: Der erste betrifft das Kind der Mutter, die sich nicht behandeln lassen wollte. Ursache: doppelseitige Kapillarbronchitis. Das zweite starb 20 Tage nach dem Beginn des Keuchhustens an Enteritis (siehe unten). Das dritte, ein mittelschwerer Fall, welcher trotz guten Stuhls nicht recht vorwärts kam, ging an einer terminalen Bronchopneumonie ein. Das vierte war eine lebensschwache Frühgeburt, die in Konvulsionen 3 Wochen nach dem Beginne der Erkrankung verschied. In allen Fällen wurde eine gewissenhafte Sektion ausgeführt.

Was die Mit- bzw. Nachkrankheiten der Epidemie anlangt, so ist folgendes zu erwähnen. Am 23. Oktober 1909 erkrankten 23 Kinder plötzlich an heftigen Durchfällen. Die Nachforschungen ergaben, daß seitens des Kutschers der Milchkuranstalt Schweizerhof versehentlich eine Anzahl nicht plombierter und für uns nicht bestimmter Flaschen Milch abgeliefert waren, die augenscheinlich statt der uns sonst gelieferten Säuglingsmilch von Stallkühen mit Trockenfütterung gewöhnliche Vollmilch aus anderer Provenienz (Gutshöfe!) enthielten. Diese Verdauungsstörung ist also wohl nicht auf Rechnung des Keuchhustens oder des Eulatins zu setzen, um so mehr als weder vorher noch nachher ähnliche Symptome in die Erscheinung traten. Daher ist auch der obenerwähnte dahin gehörige zweite Todesfall nicht dem Eulatin zur Last zu legen.

Ebensowenig möchte ich einen durch Kollargolinjektion geheilten Fall von kryptogenetischer Sepsis 10 Wochen nach Ablauf des Hustens hierher rechnen.

Dagegen stehen folgende Komplikationen in ursächlicher Beziehung zum Keuchhusten:

1. Eine eitrige Hautmetastase am Knöchel, 3 Wochen nach dem Beginn der Pertussis in einem Falle ohne jede andere nachweisbare Ätiologie.

2. 3 Fälle von allgemeinen Konvulsionen mit einem Todesfall (ein 4. bei einem notorisch syphilitischen Kinde ging in Heilung aus nach antisyphilitischer Kur).

3. 11 Fälle von Bronchitiden, die 2—10 Wochen nach dem Beginn des Keuchhustens auftraten und in 2 Fällen (siehe oben) zum Exitus führten.

4. 1 Fall von kruppöser Pneumonie nach 2 Monaten mit Ausgang in Heilung.

Mit Ende Oktober waren wir so weit, bei allen außer 18 Fällen die Infektionskrankheit als erloschen ansehen zu können. Von diesen kamen zur Heilung

Mitte Oktober	5	Fälle
Ende „	5	„
Mitte November	2	„
Anfang Dezember	3	„
Mitte „	1	„
Ende „	2	„
Sa.:	18	Fälle.

Sie alle waren durchaus leichter Art; besonders diejenigen, welche sich bis in den Monat Dezember hinschleppten, betrafen aber Frühgeborene und lebensschwache bzw. syphilitische Kinder oder solche, deren Mütter schwer mit erkrankt waren, so daß man an eine fortgesetzte Reinfektion durch nahe Berührung zu denken hätte.

Berücksichtigt man, daß nach Bendix die Prognose des Keuchhustens bei schwächlichen, rachitischen, skrofulösen, bei durch voraufgegangene Krankheiten heruntergekommenen Kindern schlecht ist, daß in den ersten 3 Lebensjahren durch Konvulsionen, katarrhalische und kruppöse Pneumonien, durch Kapillarbronchitis und eitrige Meningitis die Mortalität nach Heubner auf 15 % berechnet werden muß, so haben wir alle Ursache, mit dem Ausgange unserer Epidemie zufrieden zu sein. Einen großen Teil des Erfolges schieben wir mit gutem Gewissen nach unseren Erfahrungen auf die leider erst zu spät inrupurierte Eulatinbehandlung. Unter dem Einflusse derselben verloren wir nur nach Abzug der lebensschwachen Frühgeburt 3 : 63 Kindern = ca. 5 %. Aus den übrigen mitgeteilten Zahlen ergibt sich, daß das Eulatin ohne Zweifel einen ausgezeichneten Einfluß auf die Erkrankten, sowohl Kinder wie Erwachsene, trotz der großen Zahl von Infizierten in den engen Räumlichkeiten der geschlossenen Anstalt gehabt hat. Und das nach Versagen des Reyherschen Rezepts, welches nach richtigen Prinzipien die früheren

bewährten Mittel (Ipecacuanha, Belladonna, Brom, Althea) enthält. Sofortige Verringerung der Anfälle — in ca. 39 % Heilung innerhalb 14 Tagen und in ca. 71 % Heilung und Besserung innerhalb 14 Tagen — war der erste günstige Eindruck bei dieser Epidemie. Die protrahierten Fälle betrafen meist Kinder, die durch ihre Konstitution von vornherein eine ungünstige Prognose darboten; jedoch verliefen sie alle milde; auch ist es nicht ausgeschlossen, daß man durch größere Dosen des scheinbar unschuldigen Mittels das Stadium decrementi noch weiter abzukürzen vermocht hätte. Daß das Eulatin keine Panacee ist, liegt in gleicher Weise an der Unvollkommenheit symptomatischer Arzneimittel überhaupt, wie an der mangelnden Widerstandskraft der erkrankten Organismen.

Das Einzige, was ich an dem Eulatin auszusetzen finde, ist sein bitterer nachhaltiger Geschmack. Mit Rücksicht darauf verdeckt Wilhelm (in Dosen von 0,1—0,5 g 4—5 mal täglich) durch Sirup oder Haferschleimsuppe. Ich muß mich also auch zu den Autoren rechnen, die von diesem „Spezifikum" ebenso begeistert sind wie Wilhelm — vgl. Bachems Referat im Zentralblatt für innere Medizin 1910, Nr. 8 S. 224. Jedenfalls ist es eine außerordentlich schonende Therapie, wie sie Fischl[1]) verlangt. Sie ist viel schonender als seine Antitussineinreibungen auf die Brusthaut oder gar Höncks[2]) Bauchmassage, die er dem Buchschen Begriffe des Sympathizismus zu Liebe selbst auf die Gefahr eines Appendizitisanfalles ausführt und der er verblüffende arzneilose Erfolge nachrühmt.

Weiterer Mitteilungen über meine poliklinische Erfahrungen glaube ich hier um so mehr entraten zu können, als die Zuverlässigkeit dieser nicht an die klinischen Beobachtungen heranreichen kann.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

W. Troitzky, Die Dosierung der Arzneimittel in den verschiedenen Wachstumsperioden. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) Versuche an Meerschweinchen, Ratten und Hunden mit Strychnin, Atropin und anderen Alkaloiden. Zum Referat nicht geeignet.

Hecker.

Georg Arnheim, Keuchhustenuntersuchungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) 1. Untersuchungen über die Bakterien von Bordet und Gengou. Verf. fand das Bakterium von Bordet und Gengou in frischen Fällen von Keuchhusten regelmäßig im Sputum. Die Mehrzahl der Seren von Kindern, die vor kurzem Keuchhusten überstanden haben, agglutiniert diese Bakterien in einem Titer von 1:50—1:100 und gibt mit den Bakterien Komplement-

---

[1]) Fischl, Fortschritte der Medizin. 1910. Nr. 3.
[2]) Hönck, Fortschritte des Medizin. 1910. Nr. 7 u. 8.

ablenkung. Diese Resultate sprechen für die Spezifität des Bakteriums, auch ohne daß Übertragung auf das Tier erforderlich ist. Die Keuchhustenerkrankung wird bedingt durch die Ansiedlung dieser streng aëroben Bakterien in der Trachea. Die Anfälle werden hervorgerufen durch das Vorkommen dieser Keime gerade an den Hustenstellen. Die Tatsache, daß nicht auch andere Bakterien Keuchhusten hervorrufen, wird erklärt durch eigentümliche, den Bordetschen Bazillen zukommende, die Sekretion stark reizende Stoffe. Die Erkrankung ist in der Mehrzahl der Fälle als eine Lokalerkrankung aufzufassen. Eine Metastasierung ist jedenfalls nicht häufig und nur bei schwerster Infektion zu erwarten. Die Serodiagnose wird bei der Leichtigkeit der Diagnose des Keuchhustens (sic!) nur für die wenigen Fälle in Betracht kommen, wo ein verdächtiger Husten in Familien mit einem Kinde vorliegt. Für die Prophylaxe der Krankheit ist die Ausschließung solcher an abortivem Keuchhusten leidenden Kinder aus den Schulen oder ihre Absonderung von anderen Gesunden erforderlich. Hier dürfte die Untersuchung durch die Serodiagnose von Wert sein.

Die Aussichten für die Herstellung hochwertiger Heilsera und ihre Anwendung in der Praxis sind zunächst noch gering, da es fraglich ist, ob bei dem vorläufigen Mangel des Nachweises echter Toxine eine Antitoxinbildung stattfindet.

2. Über die nervösen Komplikationen des Keuchhustens. Der Eintritt der nervösen Komplikationen bei Keuchhusten wird nur selten bedingt durch größere Blutungen, sondern ist in den meisten Fällen als ein auf toxischer Einwirkung beruhender Prozeß anzusehen. Charakteristisch sind weder die makroskopischen noch die mikroskopischen Veränderungen an den Gehirnzellen bei Kindern und Versuchstieren. Die Veränderungen an den Ganglienzellen sind auffallend geringfügig. Ob die klinische Diagnose der Konvulsionen bei Keuchhusten mehr für Meningitis serosa, Meningitis exsudativa, Enzephalitis spricht, erscheint nicht leicht festzustellen, wahrscheinlich sind diese Zustände nur graduell verschieden und entsprechen einem akuten Entzündungsprozeß im Gehirn von mehr oder weniger hämorrhagischem Charakter.

Hecker.

Albert Solaro, Über den Milztumor im Typhus abdominalis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50.) 2 angeführte Fälle zeigen, daß der Milztumor beim Typhus abdominalis so groß werden kann, daß er sich bis zum kleinen Becken ausdehnt; freilich um sich nachher schnell zu verkleinern und mit der Heilung der Krankheit zu verschwinden.

Hecker.

Georg Koch, Über den mikrochemischen Nachweis der Azidose bei Ernährungsstörungen des Säuglings. (Klinik Feer.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. VIII. S. 465.) Tugendreich und Rott haben bei an akutem Enterokatarrh bzw. alimentärer Intoxikation verstorbenen Säuglingen bei histologischer Untersuchung der Leber nachweisen können, daß sich das Protoplasma der Leberzellen mit einem Methylenblau-Eosingemisch blau färbte. Die Autoren führten diese „Basophilie" der Zellen auf ihre

Säuerung zurück. Darnach wäre die Azidose also auch histologisch-mikrochemisch in der Leber zu erkennen.

Verf. konnte in 5 Fällen von alimentärer Intoxikation diese Basophilie der Leberzellen bei Färbung mit Methylenblau-Eosingemisch nicht nachweisen. Es erscheint daher vorerst nicht angängig, die Farbreaktion der Leber für die Diagnose der Ernährungsstörungen des Säuglings zu verwerten. Schick (Wien).

Max Klotz, Zur Behandlung akuter Ernährungsstörungen bei Säuglingen mit Karottensuppe. (Klinik Czerny.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. VIII. S. 471.) Verf. hat die Erfolge Moros mit Karottensuppe nicht bestätigen können. Wohl gelang der Ersatz des Wasserverlustes bzw. das Aufhalten des Wasserverlustes entsprechend dem Salzgehalte der Karottensuppe. Die Wasserretention ging aber bei längerer Darreichung ins Pathologische über und führte zu Ödem. Dieses locker gebundene Wasser wurde sofort wieder abgegeben, wenn man zu Kuhmilchverdünnungen oder Schleimsuppe überging.

Nur bei 50—60% der Fälle sah Verf. Entfieberung, wenn die Karottensuppe durch 24 Stunden gegeben worden war. Die übrigen Kinder fieberten weiter. Nach Bestimmungen von Verf. enthält die Karottensuppe wenig Kalorien und kann das Stickstoffbedürfnis des Säuglings nicht decken. Verf. spricht sich gegen die Verwendung der Karottensuppe bei Säuglingen aus und meint, daß sich vielleicht ältere Kinder zur Behandlung mit Karottensuppe besser eignen.

Schick (Wien).

A. W. Bruck, Mineralstoffwechsel und Säuglingsekzem. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. VIII. S. 479.) Verf. studierte den Einfluß von Molke und „Finkelsteinsuppe" auf das Säuglingsekzem und kommt zu folgenden Schlüssen:

Mit der Darreichung von Finkelsteinscher Suppe geht eine Entsalzung des Organismus einher. Diese ist für das Kind kein zweifelloser Vorteil; denn erstens führt sie durchaus nicht immer zu einer Besserung des Ekzems, und zweitens ist nach einer längeren Periode der Ernährung mit Finkelsteinscher Suppe in manchen Fällen der Organismus nicht mehr imstande, physiologische Mengen von Salzen aufzunehmen, ohne Schaden zu leiden.

Bei Ernährung mit Molke findet eine reichliche Salzretention statt, die der Organismus meist ohne Schaden verträgt, außerdem zeigt sich klinisch oft eine Besserung bzw. Heilung des Ekzems.

Kinder mit Ekzem infolge exsudativer Diathese unterscheiden sich bezüglich des Mineralstoffwechsels bei ungefähr gleichen Versuchsbedingungen in Resorption und Retention der Salze nicht von normalen. Es läßt sich demnach bis jetzt keine engere Beziehung zwischen Salzstoffwechsel und Ekzem nachweisen. Es ist aber wünschenswert zu prüfen, ob nicht bei Ekzem und exsudativer Diathese, überhaupt bei Ernährung mit reichlichem Fett und Molke sich Besonderheiten des Stoffwechsels ergeben.

Die Annahme Feers, daß der begünstigende Einfluß der reichlichen Milchnahrung auf das Auftreten von Ekzem in Vereinigung der

Wirkung von Fett und Molke beruht, wird von der Erfahrungstatsache geleitet, daß Vollmilch schädlich, fettfreie Milch und Molke aber ebenso wie Fette, aber salzarme Milch oft günstig das Ekzem beeinflussen.

Schick (Wien).

Borchard, Die operative Behandlung der Schenkelhalsbrüche besonders im jugendlichen Alter. (Zeitschrift. f. Chir. Bd. 100. S. 275.) Auch bei jugendlichen Individuen bleibt nach B., ohne daß eine lokale oder konstitutionelle Ursache vorliegt, die Konsolidation der Schenkelhalsbrüche sehr häufig aus, und es kommt zur Pseudoarthrosenbildung. Ein Trauma braucht anamnestisch nicht nachweisbar zu sein. Bei starken funktionellen Beschwerden ist es in diesen Fällen am besten, die Entfernung des zentralen Bruchstücks zu vollführen und das periphere Bruchstück in die Pfanne einzustellen. Eine Resektion peripher von der Bruchstelle gibt weniger gute Resultate.

Die Fractura subcapitalis im engsten Sinne hat, wenn sie mit weitgehender Kapselzerreißung einhergeht und nicht eingekeilt ist, auch bei jugendlichen Individuen keine Neigung zur knöchernen Heilung. Kapselnaht, Naht oder Nagelung des Kopfes nützt nichts. Am besten und die Methode der Wahl ist die primäre Exzision des abgebrochenen Kopfes. Sie ist der ambulanten Behandlung weitaus überlegen, da es bei letzterer zur starken Abschleifung auch des Halsteiles kommt. Je mehr sich die Fractura subcapitalis der Fractura intratrochanterica nähert, um so mehr kann man auf eine knöcherne Heilung rechnen. Hier können Kapselnaht, Naht der Bruchflächen, günstigere Verhältnisse bei entsprechender Ausführung (nicht zu weites Ablösen der Kapsel oder des Periostes, Entfernung der interponierten Fetzen und des Knochensandes) schaffen, und deshalb ist bei berechtigten Zweifel an der konservativen knöchernen Heilung die primäre Operation indiziert.

Bei schlecht geheilten intertrochantenen Frakturen mit deutlichen funktionellen Beschwerden ist die Keilosteotomie im Schenkelhals und zwar an der Bruchstelle indiziert. Am besten eignet sich der Hütersche Schnitt. Die Keilosteotomie muß hinten linear auslaufen und die hintere Zirkumferenz oben umknicken. Die zweckmäßigerweise nach Ewald anzulegenden Gipsverbände müssen mindestens 11 bis 12 Wochen liegen, und auch dann ist nur eine vorsichtige Belastung der Hüfte ratsam.

Joachimsthal.

Andreae (Eisenach), Zur Behandlung einiger chronischer Deformitäten. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 48.) A. beschäftigt sich mit der Coxitis tuberculosa, der Coxa vara, dem O- und X-Bein und der Kniegelenks-Flexionskontraktur und zeigt, welche Erfolge hier bei zweckmäßiger Behandlung zu erreichen sind. Zur Illustration dient eine Anzahl vortrefflicher Abbildungen.

Grätzer.

H. Neumann, Der Säugling im Hochgebirge. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 49.) Das Schlußstück der Arbeit lautet:

„Fasse ich meine Ausführungen zusammen und ziehe ich die praktischen Folgerungen aus ihnen, so fand ich, daß selbst bei seltener natürlicher Ernährung die Sterblichkeit in einer Säuglingsbevölkerung sehr gering bleiben kann; dies kommt besonders dann zum Ausdruck, wenn man von den Todesfällen absieht, welche durch Erkrankungen der Frucht oder bei der Geburt veranlaßt sind. Diese sehr bemerkenswerte Tatsache einer niedrigen Sterblichkeit trotz meist künstlicher Ernährung fand sich im Hochgebirge zum Teil auf Grund der klimatischen Verhältnisse: hier fehlt stärkere Sommerhitze und im besonderen eine Überhitzung der Wohnungen, welche zu schweren Darmerkrankungen führen könnte; auf der anderen Seite gestattete der Mangel an Stürmen, die Trockenheit der Luft und des Bodens, die Häufigkeit des Sonnenscheins und die durch Insolation gemilderte Winterkälte einen reichlichen Aufenhalt im Freien. Es wurde auf diese Weise die unnatürliche und darum schädliche Form der Ernährung durch einen physiologischen Faktor von großer Bedeutung — den Aufenthalt im Freien mit reichlichem Genuß von Luft und Licht — im wesentlichen kompensiert.

Man darf mit v. Hansemann die Rachitis und, wie ich hinzufüge, die tetanoide Übererregbarkeit (mag sie jener gleich- oder untergeordnet sein) als eine Folge der mit der Domestikation des Menschen sich verbindenden Beeinträchtigung der natürlichen Lebensverhältnisse betrachten. Wir sehen, daß sich diese degenerativen Krankheitserscheinungen im Hochgebirge bei geeignetem Verhalten vermeiden lassen. Daß ich mit der von uns gegebenen Erklärung die Art der Einwirkung des Hochgebirgsklimas schon genügend erklärt habe, möchte ich selbst durchaus bezweifeln.

Die von vielen Seiten bemerkte Seltenheit schwerer Rachitis, ebenso wie die Seltenheit nervöser Konstitution, überhaupt das gute Gedeihen der Säuglinge und kleinen Kinder ermuntert dazu, für sie auch zu therapeutischen Zwecken das höhere Gebirge zu empfehlen. Hierbei ist es schwer möglich, genau anzugeben, welche Höhenlage schon wirksam ist. Schon in Aegeri mit einer Höhe von 700—900 m werden rachitische kleine Kinder seit vielen Jahren erfolgreich in einer Heilstätte behandelt. Wir wissen anderseits, daß stärkere Anämie eine Gegenanzeige für solche Orte ist, während bei ihrem Fehlen sich Kinder aus dem Tiefland selbst in einer Höhe von etwa 1800 m auch im Winter nach meiner Beobachtung sehr wohl fühlen. Dies zu betonen, erscheint mir wichtig; denn die Bedeutung eines Gebirgsaufenthaltes für die genannten Zustände ist noch zu wenig bekannt; das Gebirge ist der See wahrscheinlich gleichwertig, vielleicht ihr sogar — für die nervösen Zustände, deren schwere Bedeutung für die Stadtkinder mit jedem Tage klarer wird — überlegen. Darum mag wieder einmal die Aufmerksamkeit der Ärzte auf diese Anzeige für einen längeren Aufenhalt im Gebirge gelenkt werden. Man sollte sich solche Heilfaktoren nicht entgehen lassen; sie sind jetzt leichter zu benutzten als früher und wegen ihrer vielseitigen günstigen Wirkung viel bedeutungsvoller als Medikamente.

Da man Davos und Arosa nur unter besonderen Umständen für kleine Kinder wählen wird, habe ich Prof. Dr. Feer, der mit mir die Überzeugung teilt, daß zur Behandlung der Rachitis das Gebirge sehr geeignet ist, gebeten, mir eine Anzahl geeigneter Plätze in seiner Heimat zu nennen. Er hat die Güte gehabt, dies im folgenden zu tun; diejenigen Orte, die auch als Winterstationen eingerichtet sind, hat er mit einem * bezeichnet; es ist dies besonders wertvoll, da die Möglichkeit eines Winteraufenthalts auch für kleine Kinder in Betracht gezogen werden sollte. Im Kanton Graubünden: Seewis, Klosters*, Churwalden, Bergün, Samaden*, Zuoz*, St. Moritz*, Silvaplana, Flims. In Zentralschweiz: Rigi*, Engelberg*, besonders Andermatt*. Im Kanton Bern: Adelboden*, Grindelwald*, Kandersteg*. Im Wadtland: Leysin*, Mont-Soleil bei St. Imier. Tiefer gelegen bis auf 1000 m z. B. Teufen* und Trogen* im Appenzellerland, Fideris, Andeer, Disentis in Graubünden, Airolo* am Gotthard, Fretigen*, Saanen, Zweisimmen*, Gsteig*, Leuk im Berner Oberland, Ormonts*, Gryon im Wadtland, Champéry in Wallis."

Grätzer.

Joachimsthal, Diagnose und Behandlung der angeborenen Hüftverenkung im Säuglingsalter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 50.) Günstige Erfahrungen haben J. schon vor mehreren Jahren dazu bewogen, im Gegensatz zu der früheren Gewohnheit, bei frühzeitig gestellter Diagnose des Leidens bereits nach Ablauf des ersten Lebensjahres dem Drängen der Eltern zu folgen und mit der Behandlung zu beginnen. Erleichtert wurde die Diagnose dieser Fälle durch die Beachtung eines Symptoms, dessen Wert für die Beurteilung des Standes des Oberschenkelkopfes sich zunächst bei älteren Patienten gezeigt hat, mit dem es aber auch mit Sicherheit gelingt, selbst bei dem jüngsten Kinde die Anomalie zu erkennen. Bringt man bei einseitiger Luxation beide Oberschenkel in rechtwinklige Flexions- und daneben in möglichst gleichmäßige Abduktionsstellung, so gewahrt man einen charakteristischen Unterschied in der Achsenrichtung beider Oberschenkel. Während auf der normalen Seite, entsprechend der zentralen Einstellung des Kopfes, der Oberschenkel die Richtung zum Acetabulum einschlägt, somit die innere Umrandung des Oberschenkels eine gleichmäßig geschwungene Linie darstellt, sehen wir auf der erkrankten Seite und zwar nicht nur bei der ausgeprägten Luxatio iliaca, sondern auch bereits bei der Vorstufe derselben, der Luxatio supracotyloidea, die Verlagerung des zentralen Oberschenkelendes nach hinten und oben sich durch eine entsprechende Richtungsänderung des ganzen Oberschenkels ausprägen und in einer deutlichen Einsattelung des obersten Teils der inneren Oberschenkelfläche sich kennzeichnen, — ein Unterschied, der durch das kulissenartige Vorspringen der auf der kranken Seite von der Unterlage abgehobenen Adduktoren noch deutlicher wird, und den man auch bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit bei doppelseitigen Verrenkungen feststellen kann.

Zweierlei Erfahrungen waren es nun, die J. bei der Behandlung der Kinder mit angeborener Hüftverrenkung innerhalb des zweiten Lebensjahres machen konnte.

Einmal gestaltete sich, trotzdem J. zirkuläre Gipsverbände verwendete, die Durchführung der Kur nicht so schwierig, wie es allgemein angenommen wird. Durch entsprechende Lagerung, derart, daß der im Verband befindliche Oberschenkel höher gestellt wird, gelingt es meist, die Verunreinigung des Verbandes so weit zu vermeiden, daß die auf 2—3 Monate auszudehnende Fixationsperiode gut, und ohne daß irgendwie Ekzeme zustande kommen, vertragen und meist nur ein einmaliger Verbandswechsel notwendig wird.

Weiterhin ergab sich für diese frühzeitig behandelten Fälle eine so gute Heilungstendenz, daß J. unter den etwa zwei Dutzend so behandelten Kindern keinen Mißerfolg zu verzeichnen hatte.

Diese Erfahrung sowie die Feststellung der Tatsache, daß in so frühem Alter eine sehr kurze Fixation häufig genügt, um eine dauernde Heilung herbeizuführen, legten J. im vorigen Jahre zuerst den Gedanken nahe, bereits im Säuglingsalter den Versuch der Behandlung der angeborenen Hüftluxation zu unternehmen.

J. berichtet über eine Anzahl von Fällen, bei denen er sehr befriedigende Resultate erzielt hat.

Durch diese Beobachtungen ist die Möglichkeit der frühzeitigen Durchführung einer radikalen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung selbst im Säuglingsalter ohne Schädigung der Patienten erwiesen und gleichzeitig der Nachweis erbracht, daß in überraschend kurzer Zeit bei so frühzeitigem Beginn der Behandlung eine Stabilität des eingerenkten Hüftgelenks erreicht werden kann. Bei Beachtung des oben erwähnten Symptoms, speziell in den Kinderkliniken, dürfte es in der Zukunft häufiger möglich werden, die Diagnose des Leidens bereits in den ersten Lebensmonaten zu stellen und damit die betreffenden Kinder einer früheren Behandlung zuzuführen.

Grätzer.

F. Hamburger und **O. Schey**, Über systematische Lymphdrüsenschwellungen bei Röteln. (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 45.) Es kann an der Richtigkeit dieser Tatsache, daß bei Röteln fast ausnahmslos eine systematische Lymphdrüsenschwellung vorhanden ist, nicht gezweifelt werden. Denn immer fanden die Verff., seitdem sie darauf achteten, nicht nur eine Schwellung der submaxillaren, zervikalen, inguinalen und axillaren, sondern auch eine Schwellung der kubitalen und thorakalen Drüsen. Ihnen war die Tatsache völlig neu. Bei Durchsicht der Literatur fanden sie freilich, daß verschiedene Autoren auf Lymphdrüsenschwellungen aufmerksam machen, wenn schon kein einziger von der Tatsache einer allgemeinen, systematischen Drüsenschwellung spricht.

Die Verff. haben nicht nur bei denjenigen Kindern, welche bereits an Röteln erkrankt waren, den Drüsenbefund der einzelnen genannten Körperregionen erhoben, sondern versucht, gerade bei solchen Kindern, die noch nicht an Röteln erkrankt waren, wohl aber wegen bestehender Infektionsgelegenheit wahrscheinlich bald erkranken mußten, das Verhalten der Drüsen genau zu verfolgen. Dabei zeigte sich, daß

schon im Prodromalstadium der Röteln Drüsenschwellungen festzustellen waren, wie ein Fall zeigte.

Aus diesem Falle ging hervor, daß die Drüsenschwellungen schon einige Tage vor dem Erscheinen des Exanthems manifest werden — eine Tatsache, die die Verff. noch in mehreren anderen Fällen beobachten konnten. Sie möchten diese Tatsache in Analogie setzen zu den Lymphdrüsenschwellungen bei der Serumkrankheit und auch bei der Lues. Auch bei diesen beiden Erkrankungen läßt sich die allgemeine Drüsenschwellung oft schon vor dem Ausbruch des Exanthems nachweisen.

Die Lymphdrüsenschwellungen sind bald stärker, bald geringer und stehen daher in manchen Fällen mehr im Vordergrund, mitunter mehr im Hintergrund des Krankheitsbildes. Praktisch wichtig erscheint es hervorzuheben, daß ab und zu Fälle vorkommen, in welchen die Lymphdrüsenschwellungen die Ursache abgaben und nicht das Exanthem, worum der Arzt aufgesucht wird. Die ziemlich harten, allerdings nur selten schmerzempfindlichen Drüsen waren einige Male die Veranlassung, warum die Kinder vorgestellt wurden. In einem Falle wollte die Mutter wegen der Größe der zervikalen Drüsen sogar direkt den Chirurgen aufsuchen. Ein anderes Mal hegte die Mutter wegen der ziemlich beträchtlichen Schwellung an Hals, Nacken und Unterkieferwinkel die Besorgnis, ihr Kind wäre „skrofulös". Daraus ergibt sich der praktische Wink, daß man in jedem Falle von Drüsenschwellungen immer auch an die Möglichkeit der Röteln denken muß und daher genau auf das Vorhandensein eines Exanthems untersuchen soll. Das Exanthem kann dabei unter Umständen recht geringfügig, nur angedeutet sein.

Wenn die Verff. nun anch bei der diesjährigen Rötelnepidemie unter 45 Fällen jedesmal eine allgemeine Lymphdrüsenschwellung nachweisen konnten, so müssen sie freilich zugeben, daß — streng genommen — die stärkere Beteiligung des Lymphdrüsensystems nur für die eben beschriebene Rötelnepidemie bewiesen ist. Es ist ja gewiß möglich, daß in anderen Epidemien die Drüsenschwellungen viel geringfügiger sind, vielleicht auch ab und zu fehlen können, worauf schon andere Autoren hingewiesen haben. Andererseits kann aber auch daran gedacht werden, daß es sich in solchen Fällen von Röteln ohne Lymphdrüsenschwellungen um eine Fehldiagnose gehandelt haben könnte, d. h. also, daß in solchen Fällen keine Röteln vorlagen, sondern irgend eine andere exanthematische Erkrankung.

Grätzer.

Arth. Müller, Beitrag zur Kenntnis der Bantischen Krankheit. (Aus der inneren Abteilung des Bürgerhospitals in Kolmar.) (Ebenda.) Es handelte sich um einen 17 jährigen Jungen von infantilem Habitus, bei dem sich als hervorstechendes Symptom eine starke Vergrößerung der Milz fand. Das Blutbild zeigte mäßige Oligozythämie und Oligochromämie in entsprechendem Verhältnis, kernhaltige Blutkörperchen und sonstige Zeichen einer schweren Anämie fehlten, was nach Banti selbst typisch ist; Senator beschreibt eine stärkere Verminderung des Hämoglobins im Vergleich zur Erythrozytenzahl als häufiger vorkommend. Charakteristisch für

Morbus Banti war auch die in dem Fall vorhandene erhebliche Leukopenie; nach Lossens Zusammenstellung findet sich eine solche mit weniger als 5000 Leukozyten in 69% der Fälle. Das Verhältnis der polynukleären Leukozyten zu den Lymphozyten war in M.s Fall normal, was für die meisten Bantifälle Regel ist; auffällig war nur die größere Zahl der großen Lymphozyten, auch nach der Operation, was Umber in seinem Fall ebenfalls beobachtet hat.

Die frühzeitig aufgetretenen Blutungen aus Nase, Bronchien und Ösophagus gewinnen, wie dies schon von Banti und später noch mehr von Senator betont wird, als Zeichen hämorrhagischer Diathese sehr an Bedeutung.

Neben dem Milztumor bestand Leberzirrhose leichten Grades; das Organ war klein und hart; es bestand Ikterus, im Harn ließ sich Urobilin nachweisen. Bei der Operation wurde die konkomitierende Leberzirrhose bestätigt. Daß es sich um eine primäre Erkrankung der Leber handelte, ist unwahrscheinlich, dagegen sprach die relativ geringe Leberveränderung (keine abnorme alimentäre Lävulosurie), das jugendliche Alter und die ungewöhnliche Größe der Milz.

Der histologische Befund einer Hyperplasie des Pulpagewebes und Wucherung von faserigem Bindegewebe an Stelle von Malpighischen Körperchen mit Blutungen deckte sich größtenteils mit den Untersuchungen anderer Autoren.

Eine luetische Ätiologie des Falles möchte M. als ausgeschlossen ansehen; anamnestisch war nichts zu eruieren; eine antiluetische Behandlung blieb unwirksam. Die untersuchte Milz ergab keinen Anhaltspunkt für Lues; die Wassermannsche Reaktion war negativ.

Der tuberkulöse Spitzenherd war als ausgeheilt zu betrachten. Die leichte Subfebrilität möchte M. als ein übrigens öfter beschriebenes Symptom der eigentlichen Bantischen Krankheit aufgefaßt wissen.

Auffallend war der eklatante Erfolg der Operation auf das Befinden des Kranken. Er fühlte sich nach der Operation völlig wohl, während er früher viel an Kopfschmerzen und Müdigkeit litt; auch der objektive Befund besserte sich, wie wir sahen, wesentlich.

Nach alledem war der Fall als ein typisches Paradigma des von Banti beschriebenen Symptomenkomplexes im zweiten Stadium zu bezeichnen. Man vermißte nur die Atheromatose der Milzvenen, die möglicherweise erst später, im aszitischen Stadium, sich deutlicher bemerkbar gemacht hätte.

Von besonderem Interesse war es, den Stickstoffumsatz vor und nach der Milzexstirpation zu verfolgen. Bekanntlich hat Umber auf Grund eines sorgfältig beobachteten Falles von Morbus Banti, in welchem abnormer Stickstoffzerfall bestand, die Vermutung geäußert, daß dieses Symptom als besonders pathognomonisch für diese Krankheit anzusehen sei. Seit der Umberschen Publikation ist auf das Verhalten des Stickstoffumsatzes nicht geachtet worden.

M. hielt den Patienten auf einer konstanten Kost, deren Stickstoffgehalt bekannt war (2 Liter Milch, 100 g Schweinefleisch, 3 Eier, 300 g Brot, 200 g Kartoffelbrei) und bestimmte den Gesamtstickstoffgehalt der Ausscheidungen.

Eine Serie von 7 Kjeldahl-Bestimmungen ergab 2 Monate vor der Operation bei durchschnittlicher Einfuhr von 21,5 g N eine Ausscheidung von 12 g pro die.

4 Monate nach der Operation wurden bei täglicher Durchschnittseinfuhr von 22,3 g N 12,6 g wieder ausgeschieden (Mittel aus 7 Bestimmungen).

Der Unterschied in beiden Versuchsserien ist also, wie man sieht, ein so geringer, daß er fast ganz zu vernachlässigen ist. Der Stoffzerfall bewegte sich also bei diesem Bantifall auch vor der Operation in normalen Grenzen.

Von einem Eiweißzerfall, wie ihn Umbers Fall aufweist, war hier keine Rede; der Junge retinierte bei einer für sein Alter völlig ausreichenden Kalorienzufuhr von 48 pro Kilogramm Körpergewicht von dem Stickstoff fast ganz genau die Hälfte!

Nach Umber wäre also dieser Fall kein echter Banti, trotzdem das klinische Bild eine andere Diagnose nicht zuläßt.

Grätzer.

H. Koch, Beiträge zur Frage der Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Ebenda.) Resumee:

1. Die mit Tuberkulin komplementbindenden Antikörper wurden von uns nur bei tuberkulösen, spezifisch behandelten Kindern gefunden (in ca. $^1/_3$ der Fälle).
2. Bei tuberkulosefreien Meerschweinchen, die mit AT oder TR vorbehandelt wurden, traten komplementbindende Antikörper auf.
3. Die durch Injektion von AT hervorgerufenen Antikörper sind in 2 Gruppen zu teilen. In solche, die durch die Bouillon und in solche, welche durch die Tuberkelbazillenbestandteile hervorgerufen werden, wobei jedoch die Bouillonwirkung bedeutend überwiegt. Diese Tatsachen bewiesen einerseits durch vergleichende Untersuchung des Serums mit AT, TR und Bouillon, andererseits durch Vorbehandlung von Meerschweinchen mit Bouillon allein.
4. Der tuberkulös allergische Zustand der Zellen ist für die Produktion von mit Tuberkulin komplementbindenden Substanzen nicht notwendig.
5. Die bei Behandlung der Meerschweinchen verwendeten Dosen sind jedoch relativ sehr groß, und es scheint, daß der tuberkulöse Organismus auf viel kleinere Dosen schon mit komplementbindenden Antikörpern antwortet.

Grätzer.

P. Wolff, Über latentes Vorkommen der Muchschen Form des Tuberkelbazillus. (Aus dem Patholog. Institut zu Heidelberg.) (Ebenda.) Zusammenfassend läßt sich etwa folgendes sagen: Die Muchsche Methode gibt in manchen Fällen, wo die Ziehlfärbung versagt, noch brauchbare Resultate zum Nachweis von Tuberkelbazillen.

Auch das latente Vorkommen von Tuberkelbazillen in menschlichen Lymphdrüsen, das schon häufig durch den Tierversuch nachgewiesen wurde, läßt sich tinktoriell durch die Muchsche Methode feststellen.

Grätzer.

O. Vulpius, Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftluxation. (Mediz. Klinik. 1909. Nr. 48.) Die Frage: Wann soll die Behandlung beginnen? beantwortet V. wie folgt: „Nach meinem Dafürhalten muß die Antwort dahin lauten, daß der Zeitpunkt der Diagnostizierung mit dem Beginn der Therapie zusammenfallen soll. Im ersten Lebensjahre kann die Behandlung freilich zumeist nur ein prophylaktische hinsichtlich der Zunahme der Verschiebung sein. Die eigentliche Reposition jedenfalls bis zum Ende des zweiten Lebensjahres hinauszuverlegen, halte ich heute nicht mehr für richtig. Ein solches Zögern steht im Widerspruch mit der allerseits betonten Tatsache, daß die Resultate um so günstiger ausfallen, je früher eingegriffen wird. Die mangelnde Reinlichkeit der kleinen Patienten berechtigt uns nicht zum Säumen und Versäumen, verpflichtet uns vielmehr zu einer Verbandtechnik, welche Durchnässung verhüten kann. Solche Vorkehrungen sind ja auch jenseits des zweiten, ja des dritten Lebensjahres noch nötig, da erfahrungsgemäß auch bereits gut gezogene Kinder im Gipsverband häufig wieder unreinlich werden. Zum mindesten, wenn nicht vorher schon, um die Mitte des zweiten Lebensjahres kann die Reposition vorgenommen werden, die Retentionsperiode ist alsdann schon beendigt an dem Termin, der bisher allgemein als frühestmöglicher für die Einleitung der Kur galt. Sorgfältige klinische oder häusliche Pflege ist selbstverständlich unerläßliche Bedingung, sie ist es aber, wie gesagt, mit zwei und drei Jahren noch ebenso als während des zweiten Lebensjahres.“

Betreffs der Behandlung selbst heißt es in der Arbeit zunächst:

„Ich habe wiederholt die Anfangsstadien der Luxation im ersten und zweiten Lebensjahr beobachtet und völlige und dauernde Heilung erzielt durch monatelange Fixation des abduzierten Hüftgelenkes mit Hilfe einer flächenhaft fassenden Außenschiene aus Aluminium für Rumpf und Bein, verbunden mit Massage. Weniger vollkommenen Erfolg verspricht die gleiche Bandagierung bei kompletter Luxation, sie vermag indessen zum wenigsten das Höherrutschen des Kopfes aufzuhalten und erleichtert dadurch die spätere Reposition. Sobald das Luxationskind zu gehen beginnt — der Zeitpunkt tritt gewöhnlich um einige Monate später als bei gesunden Kindern ein — gilt es diesen verschlimmernden statischen Einfluß zu beseitigen, d. h. zu reponieren etwa im Alter von 15—18 Monaten, wie vorhin schon festgesetzt wurde. Die Abduktionsschiene ist und bleibt so ziemlich der einzige orthopädische Apparat, den wir zum Zweck der Reposition bzw. Retention der Hüftluxation anwenden.“

V. ist unbedingter Anhänger der unblutigen Methode und gibt die von ihm geübte Technik genau an. Über die Resultate sagt er:

„Ideal kann die Heilung der angeborenen Luxation bei strenger Kritik nur dann genannt werden, wenn erstens der Kopf tadellos in der Pfanne sitzt und zweitens die aktive und passive Beweglichkeit des Gelenkes allen Anforderungen genügt, wenn also eine anatomische und funktionelle Wiederherstellung geglückt ist.

Die funktionelle Heilung ist aber mit der anatomischen nicht unlöslich verknüpft. Die vorzügliche zentrale Einstellung des Kopfes kann für den Patienten nicht nur kein Nutzen sein, sondern ein

schweres Übel geradezu bedeuten, wenn nämlich das reponierte Gelenk ankylotisch geworden ist. Andererseits genügt die sichere subspinöse Transposition, um dem Patienten ein gut funktionierendes Bein zu verschaffen.

Diese funktionelle Heilung oder weitgehende Besserung läßt sich in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle erzielen, dieselbe ist nach meiner persönlichen Erfahrung mit 90 % eher zu niedrig als zu hoch berwertet. Die 10 % Versager sind meist auf Verkennung der Altersgrenzen oder auf mangelnde Unterstützung seitens der Angehörigen zu beziehen.

Weniger günstig allerdings lauten die Zahlen der idealen Heilungen im vorhin definierten Sinne. Man braucht nur an die wiederholt erwähnte und häufig hochgradige Antiversion des Schenkelhalses zu denken, um die Behauptung Calots von 100 % idealer Heilung als eine Wunderblüte des Optimismus einzuschätzen.

Bei einseitigen Luxationen 60—70 %, bei doppelseitigen 40 bis 50 % ideale Heilung, wobei die höheren Zahlen der vervollkommneten Technik der letzten Jahren entsprechen, — dies ist etwa der Erfolg, den mir ein Rückblick auf meine eigene Tätigkeit festzustellen gestattet, ein Erfolg, der wohl auch mit den Angaben anderer im Einklang steht.

Grätzer.

B. Bendix, Pylorusspasmus und Pylorusstenose im Säuglingsalter. (Ebenda.) Nachdem B. die Symptome, Ätiologie usw. besprochen, geht er auf die Therapie ein, wobei er besonders den Wert der natürlichen Ernährung hervorhebt, prinzipiell sollte Frauenmilch zur Verwendung kommen. „Neben der Ernährung mit Frauenmilch per os ist der Versuch zu machen, Nährflüssigkeit (Frauenmilch) per rectum als Klysma (50—150 g mehrere Male täglich) zuzuführen. Dieselben werden leider häufig nicht behalten.

Nächst der Ernährung kommt alles darauf an, den Körper vor Wasserverarmung zu schützen. Zufuhr von Tee, Salzlösung (5 g Natrium bicarbonicum und 5 g Natrium chlorat : 1000) (auf Ödem achten!), Soxhletzuckerlösung per os, Kochsalzeingießungen (0,9 %) in größeren Mengen (200—250 g) oder tropfenweise als Dauerirrigation per rectum (Vorsicht: Intertrigo, Durchfälle!), subkutane Injektion von physiologischer (0,9 %) oder „entgifteter" Kochsalzlösung schützen das Kind vor der Exsikkation und bringen es über das lebenbedrohende Stadium hinfort.

Zur Entleerung des Mageninhalts und zur Verhinderung von Stagnation von Nahrungsresten werden von vielen Seiten regelmäßige Magenspülungen (Wasser, Karlsbader Mühlbrunnen, 0,5 % Karlsbader Salzlösung, 1 % Sodalösung), anfangs täglich mehrere Male, später seltener empfohlen (Ibrahim, Pfaundler, Hochsinger), andere (Heubner, Feer) halten eine Schonung des Magens für indiziert und sehen von methodischen Magenspülungen ab. Ich selbst wende gewöhnlich nur zu Beginn der Behandlung eine einmalige, ausnahmsweise im Verlauf der Behandlung gelegentlich noch eine Spülung an. Einen besonderen Nutzen der methodischen Magenspülungen habe ich bei früheren Versuchen nicht erkennen können. Im Gegenteil,

häufig kommen die Kinder kurz nach der Ausheberung in einen kollabierten Zustand, aus dem sie sich nur schwer wieder erholen.

Gegen die Obstipation sind Klysmata, Stuhlzäpfchen, hohe Eingießungen, gelegentlich auch Rizinus zur Anwendung zu bringen. Zur Linderung der krampfartigen und schmerzhaften Kontraktionen empfehlen sich warme Breiumschläge (vor der Mahlzeit zu erneuern), häufige warme Bäder und kleine Dosen Opium mit Baldrian oder Alkalien: R Tinct. opii gtt I—II, Tinct. Valerian. 10,0 DS 3 mal täglich 5—10 Tropfen — R Kalii carbon. (Magn. carbon.) 4,0—6,0, Tinct. Opii gtt II—III, Sirup. cort. Aurant. 50,0 Aq. destill. ad 100,0 DS. Umschütteln! Nach jeder Mahlzeit 1 Teelöffel.

Kollapszustände werden außer durch Kochsalzinfusionen mit reichlichen Dosen Kamphor, Wein, heißen Bädern, Senfeinpackungen, Warmflaschen bekämpft.

In den schweren Fällen von Pylorosspasmus bzw. Pylorusstenose wird man vor die Frage der Operation gestellt. Ich habe mich bisher zu einem chirurgischen Eingriff noch nie entschlossen, ohne daß mich der konservative Standpunkt gereut hätte. Ob überhaupt und wann zu operieren ist, wird ganz von den Erfahrungen des einzelnen abhängen. Meine Beobachtungen lassen mich bei interner Behandlung bis Ende der 5. ja sogar 6. Woche ruhig abwarten. Am Ende der 4. Woche zeigt sich häufig wie erwähnt schon insofern ein Umschwung des Zustandes, als nach dem Gewichtsabfall nunmehr ein Stillstand, wenn auch noch mit kleinen Schwankungen nach unten oder oben eintritt. Dieser Gewichtsstillstand bedeutet fast regelmäßig die erste Etappe auf dem Wege der vollkommenen Heilung. Ändert sich das Krankheitsbild nicht in dieser Weise, so muß es dem einzelnen überlassen bleiben, die Operation in dem meist nun schon desolaten Zustande des Kindes zu riskieren oder nicht. Ein bestimmter Zeitpunkt oder ein markantes Symptom, wodurch die strikte Indikation für die Operation angezeigt wird, existieren meines Erachtens bei der Erkrankung der Pylorusverengerung nicht.“ Grätzer.

Walldorf, Zur Behandlung der Bromoformvergiftung. (Aus der Medizin. Klinik des Krankenhauses zu Münster.) (Ebenda.) Ein 2jähriges Kind, das an Keuchhusten litt, hatte in einem unbewachten Augenblick ungefähr 3—4 ccm Bromoform getrunken. Es wurde erst nach $3^1/_2$ Stunden ins Hospital eingeliefert. Es lag bereits vollständige Bewußtlosigkeit vor, die Pupillen waren weit ohne Reaktion, der Tonus der Muskulatur aufgehoben, die Atmung sistierte zeitweise, so daß künstliche Atmung eingeleitet werden mußte, starke Zyanose. Das Herz schlug noch relativ kräftig. Daher wurde in dem anscheinend ganz aussichtslosen Fall noch die Magenausspülung vorgenommen. Diese blieb jedoch zuerst ohne Erfolg, da sich ja das Bromoform wie das Chloroform so gut wie nicht in Wasser löst und als spezifisch schwerere Substanz immer in den tiefsten Stellen des Magens sich ansammelt. W. kam daher auf den Gedanken, das Einlaufen des Wassers in Horizontallage des Kindes vorzunehmen, das Aushebern aber in umgekehrter Haltung (Kopf nach unten, Beine nach oben), so daß die Kardia zum tiefsten Punkte des Magens wurde.

Daraufhin kam nun auch eine reichliche Menge von bräunlich gefärbter, stark nach Bromoform riechender Flüssigkeit zurück. So gelang es in kurzer Zeit, fast alles Bromoform aus dem Magen zu entfernen. Um auch den Teil des Giftes, der schon ins Duodenum übergetreten war, herauszubefördern, wurde noch ein kräftiges Abführmittel gegeben. Nach einer halben Stunde kehrte das Bewußtsein zurück und alle beängstigenden Erscheinungen verschwanden in relativ kurzer Zeit ebenfalls.

W. möchte noch erwähnen, daß es auch denkbar ist, bei dieser Lageänderung durch einfachen Einführen der Sonde ohne jede Spülflüssigkeit das Gift aus dem Magen abzulassen. Man muß dabei die Sonde nur so weit einführen, daß ihr Fenster gerade eben die Kardia überschreitet. Es ist um so mehr zu empfehlen, zuerst diesen Versuch zu machen, da es dann möglich wäre, das Gift in konzentrierter Form und möglichst rasch zu entfernen.

Grätzer.

L. von Frankl-Hochwart, Über Diagnose der Zirbeldrüsentumoren. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. 37. Heft 5 u. 6.) Es handelte sich um einen $5^1/_2$ jährigen Knaben. Vater und zwei Vatersbrüder hatten Kiemenspalte; bei zwei Geschwistern kongenitale Anomalien. Vom dritten Lebensjahr an ungewöhnliches Längenwachstum, geistige Frühreife. Ca. 5 Monate vor dem Tod Strabismus, später progressiv fortschreitende Augenmuskellähmung, Entwicklung von Stauungspapille, heftiger Kopfschmerz. Ca. 4 Wochen vor dem Tod sehr starkes Wachstum des Penis, starke Erektionen, Behaarung des Genitales, des Schienbeins. Die Stimme wurde auffallend tief. — Interkurrierende Skarlatina, Exitus. Diagnose: Tumor cerebri, die Zirbeldrüse zerstörend. Obduktion: Teratom der Zirbeldrüse. An der Hand der wenigen (4) bisher publizierten Literaturfälle bespricht Verf. die Symptomatologie, Diagnose des Leidens, bei welchem die Adipositas und das frühe Auftreten der Geschlechtsfunktionen (es handelte sich nur um Kinder von 4—9 Jahren) eine Hauptrolle spielen. Wenn sich bei einem sehr jugendlichen Individuum neben den Allgemein-Tumorsymptomen sowie neben den Symptomen der Vierhügelerkrankung (Augenmuskelblicklähmung, Ataxie) abnormes Längenwachstum, ungewöhnlicher Haarwuchs, Verfettung, Schlafsucht, prämature Genital- und Sexualentwicklung, eventuell geistige Frühreife findet, hat man an einen Zirbeldrüsentumor (Teratom) zu denken. Differentialdiagnostisch kommt der Tumor der Hypophysis in Betracht. Die Zirbeldrüse ist den sogenannten Blutdrüsen zuzuzählen; von ihr geht normalerweise eine Hemmung der Genitalfunktionen aus: wenn die Drüse funktionsunfähig wird, kommt es zu einer Hypertrophie des Genitalsystems.

Arthur Stern (Charlottenburg).

M. Greiffenberg (Breslau), Ectopia cordis subthoracica bei lebendem Kinde. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 62. Heft 3.) Bei einer 38 jährigen IV-para mit angeborener Atresia ani und Anus vulvaris wurde mit der Zange ein 46 cm langes, 3000 g schweres Mädchen entwickelt, das nur 5 Stunden lebte und folgende Mißbildungen zeigte: Ectopia cordis mit Defekt des Sternum und aus-

gebliebenem Schluß der Perikardhöhle; Simonartscher Strang vom Herzen zur Nabelschnur; gänzliches Fehlen des Septum ventriculorum und unvollkommener Abschluß zwischen linkem und rechtem Atrium einerseits und zwischen den beiden Atrien und dem Ventrikel andererseits; Defekt des linken Herzohres; Dilatation und Hypertrophie des gemeinsamen Ventrikels; verschiedene Anomalien der großen Gefäße; allgemeines Ödem des Körpers, Aszites und Hydramnios.

In der Literatur finden sich 21 andere Beobachtungen dieser Art; sie sind wohl sämtlich als im ersten Monat des Embryonallebens eingetretene Bildungshemmungen aufzufassen, hervorgerufen durch amniotische Verwachsungen, die sowohl den Thoraxschluß verhindern, als auch die Auswärtslagerung des Herzens bedingen.

Wegscheider.

E. Franke, Angeborene zyklische Okulomotoriuserkrankung und Hippus der Regenbogenhaut. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. November 1909.) Das von Axenfeld und Schürenberg mit dem Namen der zyklischen angeborenen Okulomotoriuserkrankung bezeichnete Krankheitsbild ist außerordentlich selten. Verf. kann den bisher beschriebenen acht zwei neue Fälle hinzufügen.

Das stets charakteristische Symptom ist das Bestehen einer angeborenen oder jedenfalls in den ersten Monaten bereits bemerkten Lähmung der äußeren Äste des Okulomotorius, verbunden mit krampfartigen Erregungen einiger der von dem gelähmten Okulomotorius versorgten Muskeln in periodischen, ziemlich regelmäßigen und kurzen Zwischenräumen.

Auffallend bei dieser Erkrankung ist das Vorwiegen des weiblichen Geschlechts.

Im übrigen ist der eigenartige Symptomenkomplex, der eine gewisse Analogie mit der Athetose aufweist, noch wenig geklärt.

Sommer (Zittau).

Fritz Juliusberg, Beitrag zur Kenntnis der Syphiloides post-érosives. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1909. Heft 1.) Die zur Sektion kommende Leiche eines einjährigen, an Pneumonie gestorbenen Kindes von indianischem Vater und deutscher Mutter zeigte an Anus und Vulva auffallende Effloreszenzen. Die Haut, welche an diesen Stellen noch dunkler wie im allgemeinen erschien, war bedeckt mit winzigen, seichten Ulzerationen, zwischen denen sich die weißen, atrophischen, kleinen Narben verheilter Effloreszenzen abhoben. Das histologische Bild charakterisierte sich durch ödematöse Durchtränkung des Epithels, intrazelluläres und interzelluläres Ödem, Umwandlung der ödematösen Epidermisschicht in eine homogene Schuppe. Bakteriell fanden sich bei Anwendung der üblichen Methoden keine Spirochäten, weder in Hautschnitten noch in inneren Organen, aber als reine Kultur im tieferen Epithel und oberen Korium schlanke Stäbchen, welche sich mit polychromem Methylenblau, Thionin und Kresylechtviolett leicht und deutlich färbten und gramnegativ waren. Verf. hofft der Ätiologie der auch von Hodara sehr ähnlich beschriebenen Syphiloide einen weiteren Faktor in diesen zum ersten Male beobachteten Kokken hinzuzufügen.

Max Joseph (Berlin).

G. B. Dalla Favera, Über die Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter). (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1909. Heft 2 u. 3.) Die beschriebene Erkrankung befiel ein gesundes, gut genährtes, von gesunden Eltern stammendes Kind am zehnten Lebenstage zuerst in Form einer Erythrodermie, welche von der Umgebung der Mundspalten ausging und sich rasch verbreitete. Daneben schwillt die Augenbindehaut an, die Mundschleimhaut rötet sich diffus, die Nasenwege erscheinen verstopft. Die Haut des ganzen Körpers wird heiß, geschwollen und von einer allgemeinen großfetzigen Exfoliation ergriffen, welche je nach der Körpergegend mit mehr oder minder starker Feuchtigkeit verbunden ist. Neben der Hautkrankheit bestanden Magendarmstörungen, welche auch durch den Sektionsbefund des unter den Anzeichen der Septikopyämie verscheidenden Kindes bestätigt wurden. Die anatomische Diagnose lautete: Follikuläre Enterokolitis und Dermatitis exfoliativa. Die bakteriologische Untersuchung ergab im Blute und in Hautstücken Staphylococcus pyogenes aureus. Histologisch erwies sich die Dermatose als ein akut entzündlicher Prozeß mit vorwiegend vaskulären und exsudativen Vorgängen vornehmlich im Korium, während die Veränderungen der Epidermis sekundär erscheinen. Verf. hält die Dermatitis exfoliat. neonat. für ein sowohl klinisch als pathologisch abgegrenztes Krankheitsbild, welches nicht mit dem Pemphigus acut. neonat. identifiziert werden dürfe. Wahrscheinlich aber stelle die Erythrodermia desquamativa eine leichtere Form derselben Erythrodermie toxischen Ursprungs dar, welche in schwereren Fällen, wie der vorliegende war, bei etwa der Hälfte der Patienten tödlich verläuft.

Max Joseph (Berlin).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. Weil, Influenzabazillen als Eitererreger. (Aus dem Wilhelminenhospital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 48.) Es handelte sich bei dem 2jährigen Kinde um eine periartikuläre Eiterung um das linke Hüftgelenk, hervorgerufen durch Bazillen von kulturellem und morphologischem Charakter der Influenzabazillen.

Das klinische Bild des Falles bot im wesentlichen nichts Abweichendes von jenen Eiterungen, welche im Anschlusse an Masern oder Skarlatina auftreten und meist durch Sekundärinfektion mit Eiterkokken bedingt sind.

Nach Spaltung des Abszesses und Tamponade schwanden recht bald die entzündlichen Symptome und die Bewegungen im Hüftgelenke kehrten recht bald zur Norm zurück.

Grätzer.

N. Berend, Schutz der Kinderspitäler gegen Maserninfektion. (Ebenda.) Durch wohl durchdachte Maßnahmen bei der Aufnahme der Kranken (Boxsystem) hat B. gute Resultate erzielt. Das Langersche Verfahren (Inhalation von 1%igem Perhydrol) hat sich ihm nicht bewährt.

Grätzer.

C. Leiner und **R. v. Wiesner**, Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis acuta anterior. (Aus dem patholog.-anatom. Institut der k. k. Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 49.) Als Ergebnis ihrer Beobachtungen gaben die Verff. folgende Sätze:

Die intrakranielle Impfung liefert bei der experimentellen Übertragung der Poliomyelitis auf Affen verläßlichere Resultate als die intraperitoneale Infektion.

Für diese Experimente eignen sich kleine junge Tiere besser als kräftige ausgewachsene derselben Spezies.

Mittels der intrakraniellen Methode ist eine Fortpflanzung des Virus durch mehrere Generationen von Affen leicht durchführbar.

Eine Steigerung oder Abschwächung der Virulenz, sowie auch eine Beeinflussung der Inkubation konnte in den ersten Tiergenerationen nicht beobachtet werden.

Spinalflüssigkeit, Blut und Milz eignen sich anscheinend nicht zur Übertragung der Krankheit.

Durch Fitration scheint das Virus am Filter zurückgehalten zu werden; doch muß eine endgültige Entscheidung dieser Frage noch weiteren Versuchen vorbehalten bleiben.

Die Inkubation beim Tiere schwankt zwischen 6 und 10 Tagen.

Der Ausbruch der Erkrankung ist auch beim Tiere zumeist ein plötzlicher, jedoch anscheinend fieberloser, das Fortschreiten der Lähmungen ein rapides.

Das Krankheitsbild ist in Analogie mit der Erkrankung beim Menschen ein vielgestaltiges. Es konnten bis jetzt rein spinale Lähmungen, spinale vergesellschaftet mit peripheren Lähmungen, sowie bulbäre Symptome beobachtet werden.

Die als Erreger der Poliomyelitis von verschiedenen Autoren angegebenen Kokken können als solche nicht anerkannt und müssen als zufällige Verunreinigungen von der Haut oder aus der Luft angesehen werden.

Die erfolgreiche Übertragung des Poliomyelitisvirus auf andere Versuchstiere als niedere Affen ist uns nicht gelungen. Grätzer.

P. Biach, Zur Pathohistologie des Mongolismus. (Aus dem neurolog. Institut an der Wiener Universität.) (Wiener klin. Rundschau. 1909. Nr. 47.) Über die Stellung des Mongolismus kann man sagen, daß, soweit das Zentralnervensystem in Betracht kommt, seine Eigentümlichkeiten sich manifestieren in der Vermischung einer Entwicklungshemmung mit einem phylogenetisch-atavistischen Einschlag, der bald mehr, bald minder hervortritt, anscheinend aber stets vorhanden ist und ebenso quantitativ wechselt, wie die ontogenetischen Entwicklungshemmungen der verschiedenen Idiotieformen. Letztere allein können niemals für den mongoloiden Typus charakteristisch sein.

Grätzer.

R. Stein, Über einen Lähmungstypus bei der infantilen Hemiplegie. (Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut in Wien.) (Ebenda.) An 6 hemiplegischen Kindern im Alter von 4—11 Monaten konnte St. einen Lähmungstypus beobachten, der als „Typus Wer-

nicke-Mann inversus" bezeichnet werden kann: keine Kontraktur der Adduktoren und der Achillessehne, wohl aber Beugekontraktur im Hüft- und Kniegelenk sowie Calcaneo-varus-Stellung des Fußes. Am Arm Abduktion des Oberarms, Beugung im Ellbogengelenk, Supination, normale oder dorsal extendierte Haltung der Hand, Opposition des Daumens. Auch bei zerebralen Diplegien findet sich das Gleiche.

Grätzer.

O. Marburg, Zur Patholgie der Poliomyelitis acuta. (Aus der Kinderklinik und dem neurologischen Institut in Wien.) (Ebenda.) Im Rückenmark und in der Pia fand sich ein vorwiegend aus lymphozytenartigen Zellen bestehendes Infiltrat. Als hauptsächlichstes Lokalisationsgebiet kann man das der A. spinalis ventralis bezeichnen; aber das ganze Nervensystem, auch die Wurzeln und Lymphganglien sind gewöhnlich betroffen. Da letzter auch bei Landryscher Paralyse und bei Herpes zoster analoge Veränderungen aufwiesen, kann man wohl vermuten, daß alle diese Prozesse zusammengehören — man kann sie als Encephalomyelitis et Neuritis infiltrativa (lymphatica) zusammenfassen — und von einem besonderen Infektionserreger hervorgerufen werden. Den Erreger konnte M. in seinen Fällen nicht nachweisen.

Grätzer.

C. Kunn, Über einen interessanten Fall von Strabismus concomitans nebst Bemerkungen über die Therapie des Schielens. (Ebenda.) Bei einem 10 jährigen Knaben erschien ohne jede Veranlassung das eine oder andere Auge während des Fixierens nach innen abgelenkt; wenn das eine Auge fixierte, nahm das andere die verschiedensten Stellungen ein. Beiderseits + 4 D. Als später der Patient außerordentlich wuchs, verschwand die Anomalie fast vollständig. Man soll nie am wachsenden Individuum operieren. Ohne Eingriff tritt häufig Spontanheilung des Schielens ein, während durch das Wachstum aus der erzielten Normalstellung der Bulbi eine Divergenzstellung werden kann. Die Erfahrung lehrt, daß manchmal als Kinder wegen Strabismus convergens Operierte als Erwachsene Strabismus divergens bekommen. Es hat dann eben die durch das Wachstum des Individuums bewirkte Veränderung der mechanischen Verhältnisse eine Veränderung der Bulbi im Sinne zunehmender Divergenz zur Folge gehabt. Bei obigem Falle, wo die Schielablenkung so groß war, daß sich fast die ganze Hornhaut hinter der Karunkel verbarg, beträgt sie jetzt $^1/_3$ Hornhautbreite, früher war die Hypermetropie 4 D, jetzt ist das eine Auge emmetrop, das andere schwach hypermetrop.

Grätzer.

L. Löwenthal, Transposition der Viscera bei 2 Brüdern. (Lancet. 13. Febr. 1909.) Bei der Untersuchung eines 19 jährigen jungen Mannes mit Bronchitis fand sich eine Transposition von Herz, Leber und Magen. Einige Tage später ergab sich für Verf. Gelegenheit zur Untersuchung des 21 jährigen Bruders, und bei diesem lag ebenfalls eine Transposition der Eingeweide vor. In beiden Fällen war der Spitzenstoß in der rechten Mamillarlinie, zwischen den 5. und 6. Sp. i. c. fühlbar. Die Leberdämpfung erstreckte sich von der

vierten linken Rippe bis zum Rippenrand, der untere Leberrand bei tiefer Inspiration nicht fühlbar. Die dem Magen entsprechende Schallzone betraf das rechte Hypochondrium und die Regio epigastrica. Die Milz war nicht palpabel. Die Existenz einer vollständigen Transposition der Viscera bei beiden Brüdern wurde überdies durch die radiographische Aufnahme von Thorax und Abdomen bestätigt: Der Herzschatten nahm besonders die rechte Seite ein, die linke Zwerchfellhälfte stand höher als die rechte; die Leber war links und der Magen war deutlich unterhalb der rechten Zwerchfellhälfte sichtbar.

Beide Brüder waren von delikater Konstitution, hatten sich aber stets einer ziemlich guten Gesundheit zu erfreuen gehabt. Bei keinem von beiden war sonst eine organische Erkrankung nachweisbar. Sie waren die einzigen Kinder der Familie. Die Mutter erlag, 46 Jahre alt, einer Pleuritis, der Vater mit 56 Jahren einer Herzinsuffizienz. Ob der eine oder andere Teil der Eltern eine Transposition der Viscera gehabt hatte, ließ sich nicht in Erfahrung bringen.

H. Netter (Pforzheim).

L. Findlay, Das Blut bei der Rachitis. (Lancet. 24. April 1909.) In Anbetracht der Häufigkeit der Rachitis ist das Blut bei diesem konstitutionellen Leiden relativ wenig studiert worden. Meist beschränkt man sich auf die Erwähnung eines gewissen Grades von Anämie und Milzhypertrophie. Einige Autoren erblicken in diesen Zeichen eine Übergangserscheinung zwischen Rachitis und der Anaemia pseudoleucaemica infantilis, während andere wieder, namentlich italienische Autoren, beide Affektionen ganz voneinander trennen. Zur Aufhellung dieser Frage hat F. eine genaue Prüfung des Blutes bei florider und nicht komplizierter Rachitis angenommen. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 30 rachitische Kinder im Alter von 1—3$^1/_2$ Jahren und zur Kontrolle auf 12 gleichaltrige, gesunde Kinder. Aus diesen Untersuchungen geht nun hervor, daß die Anämie bei der Rachitis nicht konstant ist. In 27,6$^0/_0$ war sie nur leichten Grades, aber die Zahl der Blutkörperchen war nicht kleiner als bei einigen der Kontrolluntersuchungen. Dagegen waren der Hg-Gehalt und die Blutkörperchenzahl deutlich erhöht, wenn man das Mittel der untersuchten Rachitisfälle in Betracht zieht. Die Unterschiede im Durchmesser der roten Blutkörperchen waren, wie bei allen Kindern, sehr stark, aber bei einigen Rachitikern waren sie so ausgesprochen, daß sie an perniziöse Anämie denken ließen. Polychromatophilie war ganz selten und kernhaltige rote Blutkörperchen wenig zahlreich. — Nur in 2 Fällen fand sich eine ausgesprochene Leukozytose (20000 und 30000); 16 Kranke zeigten eine geringe Leukozytose und 9 hatten eine Leukopenie. Diesen differenten Fällen am meisten eigentümlich ist der hohe Gehalt an metachromatischen Mononukleären; eine diagnostische Bedeutung soll ihnen indes nicht zugewiesen werden. Ein Vergleich der rachitischen mit der Höhenhyperglobulie führt F. dahin, den Ursprung davon im Aufenthalt in eingeschlossener Luft zu suchen, dem ja manche Autoren eine wichtige Rolle in der Entstehung der Rachitis zuerkennen. Wie dem auch sein mag, nach dem großen Ganzen der Untersuchungen sind Rachitis und infantile pseudoleukämische Anämie voneinander zu trennen. H. Netter (Pforzheim).

G. Decreton, Épithélioma du rein chez un enfant de quatre ans. (Journ. des sciences médicales de Lille. 1908. Nr. 4.) Das Interesse der Mitteilung beruht in erster Linie auf der epithelialen Natur des Tumors. Bekanntlich sind die Nierengeschwülste bei Kindern im allgemeinen gemischtzellige Tumoren, Adenosarkome, und so findet man in der Tat unter den 170 Fällen der Statistik von Albarran nur 4 Adenome und 7 Karzinome oder Epitheliome.

Die Operation bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose, die bei der enormen Größe des Tumors — vertikaler Durchmesser 24 cm, transversaler 37 cm — nicht leicht gewesen sein mag. Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben. H. Netter (Pforzheim).

Née, Deux cas d'oedème généralisée après administration de bouillon de légumes chez deux nourrissons. (Province médicale. Nr. 12.) Der eine Fall betrifft ein 7 Monate altes Kind, das in heruntergekommenem Zustand im Februar 1907 in die Goutte de lait in Rouen eintrat. Seit seiner Geburt hatten Erbrechen und Diarrhoe nicht aufgehört. Gewicht mit 2 Monaten 3000 g. In der Goutte de lait erhält das Kind zunächst maternisierte Milch und hat am 1. Juni ein Gewicht von 4000 g. Am 24. Juni plötzlich Diarrhoe und Erbrechen. Nach 2tägiger Wasserdiät ist dieser Zwischenfall beseitigt. In den folgenden Tagen erhält das Kind nun $^3/_4$ Liter Gemüsesuppe nach der Vorschrift von Comby. Am folgenden Tag finden die Ärzte der Anstalt das Kind „doublé de volume", alle Glieder ödematös, die Bauchwand gespannt, das Gesicht gedunsen, die Lider geschwollen. Nach Aussage der Mutter ist auch der Urin spärlicher geworden. Kein Fieber. Der Stuhl war inzwischen wieder normal geworden. Die sofortige Rückkehr zur Wasserdiät brachte das Kind nach 2 Tagen auf den normalen Zustand zurück. Der zweite Fall ist den ersten ganz analog und war nach 3—4 Tagen ebenfalls wieder zur Norm zurückgekehrt. — Beide Fälle zeigen jedenfalls, daß diese Gemüsesuppe, die augenscheinlich zurzeit in Mode ist (wenigstens in Frankreich), gewisse Unzuträglichkeiten mit sich bringt. Wenn es auch nicht zu einer ernsteren Komplikation gekommen ist, so hätte gleichwohl leicht eine solche entstehen, die Nieren dieser Säuglinge ihre Funktionen ganz einstellen können. Offenbar hat es sich beide Male um eine Chlorretention in den Geweben gehandelt. Infolge des Erbrechens und der Diarrhoe war der Körper des Säuglings entwässert, mit der Gemüsesuppe erhielt er eine große Wassermenge, zugleich auch eine unverhältnismäßige Menge Kochsalz zum Absorbieren. In dieser Periode der Rehydratation kommt es zu einem enormen Wasser- und Salzzulauf in den Geweben. Aber die Nieren sind nicht immer imstande, den Exzeß an flüssigen und mineralischen Stoffen auszuscheiden. Es kommt alsdann zur Chlorretention und weiterhin zu Ödem.

H. Netter (Pforzheim).

Cassoute, Ophthalmoréaction chez les enfants et en particulier chez les nourrissons. (Marseille-médical. 1. Febr. 1908.) Über die Vererbung der Tuberkulose war man bisher der Ansicht, daß Kinder tuberkulöser Eltern nicht tuberkulös zur Welt kämen, sondern höchstens prädisponiert zu dieser Krankheit seien. Verf. hat

nun an der Kinderklinik in Marseille Versuche angestellt, um den Wert dieser keineswegs sicheren Lehre zu prüfen. Er verwendete dazu die Ophthalmoreaktion und konnte sich so auch zugleich über den diagnostischen Wert der letzteren Rechenschaft verschaffen. Aus seinen Versuchen an den von tuberkulösen Eltern stammenden Säuglingen ergab sich, daß die Ophthalmoreaktion mit nur einer Ausnahme und 6 zweifelhaften Resultaten von 80 beobachteten Fällen stets negativ ausfiel, wobei zu bemerken ist, daß bei dem einen Falle einer positiven Reaktion (bei einem 4 monatigen Säuglinge) bald Lungentuberkulose konstatiert werden konnte, und daß die als zweifelhaft bezeichneten Fälle nur der Gewissenhaftigkeit halber als solche taxiert worden waren, in Wirklichkeit aber als negativ hätten bezeichnet werden können. Damit glaubt Verf. die Nichtvererblichkeit der Tuberkulose durch die Ophthalmoreaktion bestätigt gefunden zu haben.

H. Netter (Pforzheim).

P. Nobécourt et **Roger Voisin** (Paris), L'appareil cardio-vasculaire dans les néphrites de l'enfance. (Arch. de méd. des enf. Décembre 1909.) Im Laufe akuter Nephritiden des Kindesalters treten Erscheinungen von seiten des Herzen und des Gefäßsystems auf, welche hauptsächlich in Herzerweiterung, Erhöhung des arteriellen Druckes, mitunter in Galopprhythmus und Vergrößerung der Leber bestehen. Diese Symptome sind oft, wenn auch nicht immer mit einer Vergrößerung des Körpergewichtes und mit verschiedenartigen Ödemen verbunden, sie sind vorübergehend und entgehen leicht der Beobachtung.

Die Erklärung dieser Folgezustände ist darin zu suchen, daß unter dem Einflusse der Nierenerkrankung eine Retention von Wasser im Organismus stattfindet, dadurch das Körpergewicht erhöht wird und Ödeme auftreten. Gleichzeitig steigt auch der Blutdruck. Hierdurch obliegt dem Herzen eine größere Arbeit, dasselbe wird dilatiert, und im weiteren Verlaufe hat dies eine Rückwirkung auch auf die Leber, insofern dieselbe einer Blutstauung und Vergrößerung unterliegt. Doch ist die Pathogenie nicht immer so einfach und können auch noch mancherlei andere Faktoren mit in Betracht kommen. Bei Wiederherstellung der Nierendurchgängigkeit, wann die Diurese zunimmt, verschwinden die Ödeme, der Blutdruck sinkt und das Herz kehrt mehr oder weniger rasch zu seiner früheren Größe zurück. Die Veränderungen am Herzen sind um so deutlicher ausgesprochen, je akuter das Auftreten der Nierenerkrankung war. Bei subakuter oder chronischer Nephritis traten dieselben Phänomene im Verlaufe akuter Exazerbationen oder einer interkurrierenden Krankheit auf. Bei längerer Dauer können dieselben permanent werden und zu Herzhypertrophie führen.

Die erwähnten Veränderungen des Gefäßsystems im Verlaufe akuter Nephritiden scheinen hauptsächlich im Kindesalter vorzukommen und beim Erwachsenen selten oder gar nicht beobachtet zu werden. Beim Kinde hingegen können die Herzstörungen derart ernst sein, daß durch dieselben die Grundkrankheit ganz in den Schatten gestellt wird und auch übersehen werden kann.

Die Behandlung ist selbstverständlich diejenige der Nephritis, bestehend in entsprechender Diät, während Medikamente, Digitalis und Theobromin nur dann gegeben werden sollen, wann die diätetische Behandlung keine Besserung bewirkt. E. Toff (Braila).

R. Vila Ortiz (Rosario), Babeurre et maladie de Barlow. (Arch. de méd. des enf. Décembre 1909.) Nachdem eine Zeitlang die Buttermilch ausgezeichnete Erfolge bei Magen-Darmerkrankungen des Säuglingsalters ergeben hat, sind Stimmen laut geworden, welche derselben allerlei nachteilige Wirkungen zuschoben und vor der Anwendung dieses Nahrungsmittels geradezu warnten. Man hat die Buttermilch beschuldigt, Fieber, Kollaps, Erbrechen und Diarrhöe, Skorbut, Kachexie und Rachitismus bewirken zu können, genug also um den Enthusiasmus für dieselbe stark abzukühlen. Dieser Ansicht schließt sich nun der Verf. nicht an, vielmehr hat er von Buttermilch nur gute Erfolge gesehen und feststellen können, daß in jenen Fällen, wo dieselben ausblieben, die Schuld nicht an der Buttermilch, sondern an der Familie lag, welche dem Kinde auch andere Nahrungsmittel gegeben hatte. Auch ist es von Wichtigkeit, die Bereitung dieses Nahrungsmittels genau vorzuschreiben. In einem Falle, wo Buttermilch wegen Intoleranz für andere Milch gegeben wurde und eine typische Barlowsche Krankheit bei einem 1jährigen Knaben bewirkt hatte, stellte es sich heraus, daß die Mutter die Buttermilch viel zu lange kochen ließ, etwa $^1/_2$ Stunde statt der vorgeschriebenen 10 Minuten, und so wurden wahrscheinlich wichtige Bestandteile derselben zerstört. E. Toff (Braila).

Maroou (St. Petersburg), L'autosérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux. (La presse médicale. 1909. Nr. 71.) Der Verf. hat, im Laufe von 4 Jahren an 82 Patienten mit seröser Pleuritis die von Gilbert in Genf angegebene Methode der Autoserotherapie zur Anwendung gebracht und in allen Fällen Heilung erzielt; nur in einem einzigen Falle war er genötigt, die Flüssigkeit zu entleeren, in den anderen genügte die autoseröse Einspritzung, um den Prozeß zum Stillstand und die Resorption des Exsudates in Gang zu bringen.

Die Technik ist eine sehr einfache. Mittels einer mit langer Nadel versehenen Subkutanspritze werden 2 ccm des Exsudates aspiriert, die Nadel so weit zurückgezogen, bis ihre Spitze im subkutanen Zellgewebe steckt, dann durch eine schiefe Senkung noch etwas weiter in dasselbe vorgestoßen und die seröse Flüssigkeit injiziert. Der Kranke bekommt also eine subkutane Einspritzung von seinem eigenen exsudierten Serum — woher auch der Name des Vorganges. Nur in jenen Fällen, wo man ein eitriges Exsudat vorfindet, wird dasselbe nicht eingespritzt, sonst wird dies getan, selbst wann es sich um Individuen handelt, bei denen man das Bestehen einer tuberkulösen Pleuritis annimmt. Irgendwelchen Nachteil hat der Verf. hiervon niemals gesehen und dürfte die von manchen ausgesprochene Befürchtung, daß man hierdurch eine allgemeine Tuberkulisierung bewirken könnte, unbegründet sein. Von den auf diese Weise behandelten Patienten wurden viele durch 2, 3 und selbst 4 Jahre beobachtet, ohne

daß man eine allgemeine Tuberkulisierung bei denselben hätte bemerken können.

Die Resultate dieser Behandlung sind folgende. Nach vorübergehender Temperaturerhöhung am Abend des Einspritzungstages sinkt die Temperatur stetig ab und gelangt baldigst zur Norm. Treten noch Temperatursteigerungen ein, so kann man nach einer Woche eine neue Einspritzung vornehmen. Die Harnmenge nimmt zu und das Exsudat verringert sich, um nach und nach ganz zu verschwinden.

Theoretisch nimmt M. an, daß es sich in diesen Fällen um Bildung einer Antiserose handelt, welche zur Resorption der exsudierten serösen Flüssigkeit führt. E. Toff (Braila).

A. Broca et **Masson** (Paris), Cystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïde (Cystes amygdaliens). (La presse médicale. 1909. Nr. 73.) Die Verff. haben Gelegenheit gehabt, in zwei Fällen langdauernde Halszysten zu operieren, welche von verschiedenen Ärzten als tuberkulös angesehen und dem entsprechend behandelt wurden. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß es sich um Säcke handelt, deren Innenwand von einem geschichteten Plattenepithel und Malpighischen Papillen ausgekleidet ist, während die Außenwand von einem Zellgewebe mit zahlreichen Lymphgefäßen und lymphoidem Gewebe gebildet wird. Es handelt sich um Reste der Keimspalten, die jahrelang latent bleiben und erst im späteren Leben zum Vorscheine kommen können. Die einzige wirksame Behandlung ist die radikale Exstirpation, da Punktionen, gefolgt von reizenden Einspritzungen nur zu Eiterung und Fistelbildung führen können. E. Toff (Braila).

Gr. Jacobson und **G. Baltaceanu** (Bukarest), Beiträge zum Studium des Koplikschen Zeichens bei Masern. (Revista stiintzelor med. Juli 1909.) Im Laufe einer ausgedehnten Masernepidemie haben die Verff. Gelegenheit gehabt, 145 Fälle zu untersuchen und wurde bei 130 das Koplıksche Zeichen gefunden. 71 mal trat dasselbe gleichzeitig mit dem Exanthem auf, 18 mal um 2 Tage früher, 5 mal um 3 Tage früher, 6 mal um 4, 4 mal um 5 und 1 mal um 6 Tage vor der Eruption. Es konnten also in den betreffenden Fällen die Kinder um vieles vor dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit isoliert werden, was in prophylaktischer Hinsicht von Wichtigkeit ist.

Das in Rede stehende Zeichen ist pathognomonisch und fehlt nur in sehr seltenen Fällen, doch berechtigt dies noch nicht, die Diagnose Masern zu leugnen, da das Zeichen vor Ausbruch des Exanthems dagewesen und später verschwunden sein kann.

Da dies so wichtige Symptom von vielen Ärzten noch ungenau gekannt ist, soll dasselbe hier in Kürze beschrieben werden. Es handelt sich um weißliche, oft von einem roten Hof umgebene Punkte, die $^{2}/_{10}$—$^{6}/_{10}$ mm im Durchmesser haben und nie größer als 1 mm werden. Dieselben sind anfangs weiß und fast durchsichtig, werden später bläulich-weiß, überragen ein wenig das Niveau der Schleimhaut und lassen sich nur schwer abkratzen. Man findet sie an der Innenseite der Wangen und der Lippen, hauptsächlich der Unterlippe.

Um dieselben gut wahrzunehmen, muß man Tageslicht oder elektrische Beleuchtung haben, während bei Lampen- oder Kerzenschein die Flecken ganz unsichtbar sind. Sie dauern im Durchschnitte 2 bis 6 Tage.

E. Toff (Braila).

J. Schabad, Der Kalk- und Phosphorstoffwechsel bei Rachitis. (Russki Wratsch. 1909. Nr. 11.) Auf Grund von 22 Stoffwechseluntersuchungen (von 3—14 Tagen Dauer) an Fällen von sich entwickelnder, bereits entwickelter und sich bessernder Rachitis gibt Verf. an, daß die Kalkbilanz bei frischer Rachitis im Stadium der Entwicklung negativ bzw. subnormal ist. Bei der bereits entwickelten Krankheit ist die Kalkbilanz subnormal bzw. hält sich in den Grenzen der Norm, steigt bei schnell sich bessernden Fällen an, so daß im Stadium der Genesung die Kalkassimilation 2, ja 3 mal größer ist als die Norm. Während der Entwicklung der Rachitis wird Kalk in starkem Maße durch den Darmkanal ausgeschieden, während die Ausscheidung durch den Harn fast ganz fehlt oder sehr gering ist. In bezug auf den Phosphorstoffwechsel, der bei der Rachitis in engstem Zusammenhange mit dem Kalkstoffwechsel steht, fand Verf., daß die Gesamtmenge des durch Harn und Kot bei sich entwickelnder Rachitis ausgeschiedenen Phosphors größer ist als im gesunden Zustande. Die Ausscheidung des Phosphors durch den Harn ist geringer als der Norm entspricht, so daß die Hauptmenge derselben durch den Darmkanal entleert wird. Während der Genesung wird die Gesamtausscheidung des Phosphors geringer, die Hauptmenge desselben wird durch den Harn entleert. Wenn auch die Phosphor- zur Kalkausscheidung in einem größeren Verhältnisse steht, so gibt es doch eine Reihe von Fällen, bei denen durch den Darmkanal mehr Kalk, und andere, bei denen mehr Phosphor ausgeschieden wird. In letzteren Fällen nimmt Verf. auch eine Zerstörung der phosphorhaltigen organischen Substanzen, Nuklein und Lezithin, an und bringt damit die bei der englischen Krankheit beobachteten nervösen Erscheinungen in einen gewissen — zunächst noch hypothetischen — Zusammenhang.

S. Rubinstein (Riga).

J. Schabad, Die Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Phosphor und Kalk. (Russki Wratsch. 1909. Nr. 14.) In einer umfangreicheren, mit zahlreichen Tabellen versehenen Arbeit betrachtet Verf. den Einfluß, den Lebertran, Phosphor und Kalk auf den Kalk- und Phosphorstoffwechsel bei der Rachitis ausüben, und die Bedeutung dieser Stoffe bei der Behandlung dieser Krankheit. Er faßt die Resultate in folgende Schlußsätze zusammen: 1. Phosphor in therapeutischer Dosis zusammen mit Lebertran steigert beim Rachitiker die Assimilation des Kalks und Phosphors der Nahrung. 2. An dieser Wirkung haben beide Komponenten ihren Anteil. Dabei wirkt jedoch Lebertran allein schwächer, als wenn er mit Phosphor zusammen angewandt wird. 3. Die gleichzeitige Anwendung von Phosphorlebertran und eines Kalksalzes hat eine gute Assimilation des Kalkes der aufgenommenen Nahrung zur Folge. Dabei steigt aber auch die Assimilation des Phosphors der Nahrung.

S. Rubinstein (Riga).

G. C. Bolten, Ein günstig beendeter Fall von Hämatomyelia tubularis. (Ned. Tydskr. v. Geneesk. Bd. 90. S. 226.) Wie bekannt, ist die Prognose der kleineren Rückenmarksblutungen quoad vitam beinahe immer günstig, jene der tubulären Blutungen quoad vitam bisweilen ungünstig und beinahe ohne Ausnahme ungünstig, was die Funktion betrifft.

B. beschreibt einen Fall, wo klinisch mit Sicherheit zu diagnostizieren war, daß die Blutung beinahe die ganze Länge des Rückenmarkes eingenommen hatte; das Kind, 2 Jahre alt, ist vollständig geheilt.

Abends fiel das Kind, während es schaukelte, aus der Schaukel, es war nicht bewußtlos, spielte abends weiter. Am folgenden Morgen war das Gehen unmöglich, es hatte Schmerzen am Halse, abends Paralyse der beiden Arme, am folgenden Tage Incontinentia urinae et alvi; Sensibilitätsstörungen waren nicht da, die Patellarreflexe und andere vollständig erloschen, Babinski vorhanden, Bechterew aber nicht.

Die Lumbalpunktion gibt keinen höheren Druck; nach 1 Monat ist die Inkontinenz verschwunden, die Motilitätsstörungen bessern sich, nach 6 Wochen ist die Bewegungsfähigkeit wiederum fast normal.

B. nimmt an, daß es sich um eine symmetrisch-tubuläre Blutung handelt, lokalisiert in den vorderen Hörnern, vom vierten Zervikalsegment zum fünften Sakralsegment.

Die Behandlung war: absolute Ruhe in den ersten 6 Wochen, dann warme Bäder, Massage und Faradisation. Ootmar.

Adolph H. Meyer, Ein Fall von Megakolon. (Dansk Klinik. Nr. 6.) Es handelte sich um einen Fall von Megakolon acquisitum. Der Knabe hatte seit der Geburt Neigung zu Obstipation, gegen das Alter von $^1/_2$ Jahr bildete sich eine Abknickung des S Romanum aus, es entwickelte sich Koprostase, später Meteorismus, Dilatation des Dickdarms, wahrscheinlich auch sekundäre Hypertrophie der Muskulatur. Die beigefügten Röntgenbilder zeigen die stark entwickelte Deformität. Der Verf. hatte das Kind mehrere Jahre in Behandlung, teils in seiner Klinik, teils in der Poliklinik. Durch tägliche Wasserausspülungen war der Zustand erträglich. Da der Knabe $6^1/_2$ Jahre alt war, trat natürliche Defäkation ein, da die physiologische Involution des Gekröses und damit auch die veränderte Lage des S Romanum sich entwickelt hatte. Die Bedingungen der Erweiterung des Kolon hatten dann aufgehört, und nach und nach bekamen die Darmteile ihr normales Aussehen, wie die Röntgenbilder zeigten.

Der Verf. fand schon unter Hirschsprungs Fällen zwei ähnliche Fälle, die in der Literatur nicht mehr ungewöhnlich sind. Er warnt in solchen Fällen Operation vorzunehmen, ehe das Kind das schulpflichtige Alter erreicht hat, da das Leiden durch palliative Behandlung an der Zeit der physiologischen Involution des Gekröses im 6.—7. Jahre des Kindes, wie es aus obenstehendem Fall ersichtlich ist, zu spontaner Heilung neigt. Autoreferat.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 4. November 1909.

Im Auftrage der pädiatrischen Sektion hat Zappert über die **Poliomyelitisepidemie**, die von Juli 1908 bis Ende Februar 1909 in Niederösterreich herrschte, eine Sammelforschung veranstaltet. Im ganzen liefen Berichte über 290 Fälle ein. In der neuen Epidemie 1909 wurden dem Referenten neue 90 Fälle übermittelt. Die Epidemie erreichte im September und Oktober ihren Höhepunkt. Erwachsene erkrankten selten. Das männliche Geschlecht zeigt mehr Erkrankungen als das weibliche. 266 Fälle von 290 boten das Bild der spinalen Form der Heine-Medinschen Krankheit, besonders Lähmungen der Beine. Dabei überwogen die linksseitigen Lähmungen.

Die Form der Landryschen Paralyse wurde 14 mal beobachtet, sie verlief in einigen Tagen unter Lähmung des Atemzentrums tödlich. Diese Form trat fast nur bei größeren Kindern auf.

Die pontine und bulbäre Form zeigte 25 Fälle (Augenmuskellähmung, Fazialisparese, Schlingbeschwerden; im Beginn mit Extremitätenlähmung kombiniert). In einer Anzahl von Fällen war die Lähmung auf die Hirnnerven beschränkt.

Die enzephalitischen Formen (spastische Halbseitenlähmungen) waren selten. Die ataktische und die polyneuritische Form will Z. nicht als gesonderte Formen abtrennen. Endlich werden abortive Fälle beobachtet. Unter 266 Fällen starben 29. In 37 Fällen erfolgte vollständige Heilung, in den übrigen nur partielle Heilung.

An das Referat schloß sich in der folgenden Sitzung eine lebhafte Diskussion. Vor allem ist die Mitteilung Marburgs hervorzuheben, der die histologischen Veränderungen der Poliomyelitis beschrieb. In allen zur Obduktion gelangenden Fällen besteht eine schwere Affektion des Rückenmarks, ausgehend von der vorderen Zentralarterie. In den Vorderhörnern findet sich Rundzelleninfiltration. Der Prozeß greift auch meist auf die Hinterhörner über. Auch die Spinalganglien können mit betroffen sein und zeigen dann ähnliche Veränderungen wie beim Herpes zoster. Endlich kann auch die graue Substanz der Medulla oblongata und des Großhirns am entzündlichen Prozesse beteiligt sein. Nach diesen Befunden dokumentiert sich die Poliomyelitis als eine Affektion des ganzen Zentralnervensystems. Dabei ist für die Intensität der Störung nicht die Masse des Infiltrats maßgebend, sondern die degenerativen Veränderungen der Nervensubstanz. Die Ausdehnung dieser bestimmt auch den Ausgang der Erkrankung.

Leiner und Wiesner berichten über gelungene Übertragungsversuche von Poliomyelitis des Affen in drei Generationen. Die Verimpfung der Rückenmarksemulsion erfolgte zerebral. Das Lumbalpunktat bei Poliomyelitis des Menschen erwies sich immer steril. Wenn Mikroorganismen in Nährboden wuchsen, konnte stets nachgewiesen werden, daß es sich nur um Verunreinigungen handelte.

Sperk hebt die Eigentümlichkeit der Lokalisation der Extremitätenlähmungen (Peroneus, Schultergürtel) hervor. S. erklärt diese Tatsache auf Grund der von Edinger bedingten Aufbrauchstheorie. Die am meisten tätigen und angestrengten Muskeln werden zuerst ergriffen.

Neurath demonstriert ein $5^1/_2$ Jahr altes Mädchen mit **postskarlatinösem Tremor.** Patientin litt im ersten Lebensjahr an Krämpfen. Im zweiten Lebensjahr erkrankte Patientin an Scharlach. In der dritten Woche trat Nephritis auf. Nach 6 wöchiger Bettruhe Unvermögen zu gehen, Tremor beider oberen Extremitäten. Dieser Tremor, der rechts stärker als links entwickelt ist, hält seither an. Die rechte Hand ist weniger geschickt, die Finger zeigen leichte Athetose. Die Reflexe der rechten Körperhälfte sind gesteigert, der rechte Fazialis schlechter

innerviert. N. faßt den Fall als choreatische Parese auf. Anatomisch kommen vaskuläre Störungen, Enzephalitis und Meningitis in Betracht.

Willner demonstriert ein 10 Jahr altes Mädchen mit **Rheumatismus fibrosus** (Type Jaccoud) und vasomotorisch trophischen Hautveränderungen. Vor 2 Jahren Angina, 8 Tage später Rheumatismus articulorum; die Erkrankung befiel in den folgenden Monaten alle Gelenke. Seit einem Jahre ist Patientin dauernd bettlägerig. Die Gelenkprozesse gingen mit wenig Erguß einher und zeigten Ausgang in Ankylose. Es besteht hochgradige Muskelatrophie und röntgenologisch nachgewiesene hochgradige Knochenatrophie. Die Haut über den Gelenken erscheint gespannt, pigmentiert, an einzelnen Stellen sklerodermieartig verdickt. An den Fingerspitzen sieht man ein karminfarbiges stationäres Erythem wahrscheinlich angioneurotischen Ursprungs. Scharlach, Lues, Tuberkulose sind ätiologisch auszuschließen. Die Erkrankung ist auf den akuten Gelenkrheumatismus zurückzuführen. Therapie erwies sich bisher machtlos. Vortr. will noch Thiosinamin versuchen und später orthopädisch vorgehen.

Sitzung am 2. Dezember 1909.

Heller demonstriert neuerlich den am 2. Juli 1908 vorgestellten, nunmehr 8 Jahr alten Knaben mit **Aphasie**, um den Erfolg der Behandlung zu zeigen. Patient lernte auf Grund von Schriftbildern sprechen. Auch jetzt behält Patient nur diejenigen Worte im Gedächtnis, welche er niederschreiben kann. Rechnen ist mündlich unmöglich. Die Aufgaben müssen niedergeschrieben werden, dann kann Patient im Zahlenraum bis 100 addieren und subtrahieren. H. weist darauf hin, daß es verschiedene Arten von Gedächtnistypen gibt, unter welchen der optische und der akustische Typus der wichtigste ist. Die ganze Art des Lernens und Memorierens ist vom Sinnestypus abhängig. Kinder mit optischem Sinnestypus lernen viel leichter, wenn sie die zu lernenden Worte niederschreiben.

Swoboda betont in der Diskussion, daß er aus eigener Erfahrung weiß, wie Kinder mit vorwiegend optischem Gedächtnistypus in der Schule ungerecht behandelt werden. Die Lehrer sollten über diese Verhältnisse aufgeklärt werden.

Goldreich demonstriert einen 2 Monate alten Knaben mit **chronischem Ödem** der unteren Körperhälfte. Es stellte sich einige Tage nach der Geburt ein, begann am Fußrücken und verbreitete sich über beide Beine und über das Genitale. Auffallend ist das Aufhören des Ödems mit einer scharfen Linie an der oberen Grenze. Prognose günstig.

Königstein zeigt einen 4 Monate alten Säugling mit atypisch lokalisierten **Mongolenflecken.** Einer ist 5 kronenstückgroß und sitzt im Nacken, ein kleinerer am rechten Handrücken. Beide Eltern des Kindes stammen aus Österreich. Nach mehrwöchiger Dauer der Erscheinungen allmähliche vollständige Heilung.

Sperk demonstriert ein 6 Monate altes Kind mit **Morbus Barlow**, entstanden nach Liebigsuppenernährung durch 8 Wochen. Vor 8 Tagen Schmerzen in den Beinen, die Beine schwollen an. Urin war etwas bluthaltig.

Sitzung am 16. Dezember 1909.

Galatti demonstriert einen 4 Monate alten Riesenknaben. Das Kind wog bei der Geburt 4370 g und war 57 cm lang. Jetzt wiegt es 9500 g und hat eine Körperlänge von 72 cm.

Monti zeigt ein 14 Jahre altes Mädchen mit einem **malignen Tumor** (Lymphosarkom) des vorderen Mediastinums (wahrscheinlich von Drüsen ausgehend). In beiden Supraklavikulargruben findet sich gut abgrenzbare indolente Drüsenschwellung. Die linke Brusthälfte erscheint vorgewölbt. Im Bereiche der Vorwölbung kompakte Dämpfung, die vorne in die Herzdämpfung übergeht und nach rückwärts bis zum Angulus scapulae reicht. Röntgenaufnahme zeigt entsprechende Schattenbildung. Patientin ist dyspnoisch, kann nur mehr sitzend schlafen. Nur spärliche Rasselgeräusche über den Lungen. Tuberkulinreaktion war primär negativ, ist nach wiederholter Prüfung positiv geworden. Dauer der Erkrankung ca. 9 Monate.

Chilaiditi demonstriert einen 10 Jahre alten Knaben mit **fötaler Atelektase** der linken Lunge. Die linke Thoraxhälfte ist stark eingezogen, der Perkussionsschall über der linken Lunge ist gedämpft. Rechte Lunge normal, etwas Volumen pulmonum auctum.

Pollak demonstriert ein 4jähriges Mädchen mit **Tuberkulose des Rachens.** Uvula und weicher Gaumen zeigen konfluierte grauweiße Beläge, in diesen sind miliare Geschwürchen zu konstatieren. Die Umgebung ist anämisch, reaktionslos. Im Ausstriche reichlich Tuberkelbazillen.

Popper zeigt das anatomische Präparat eines Falles von angeborener **Pylorusstenose.** Im Alter von einem Monate trat unstillbares Erbrechen auf. Appetit gut. Stuhl gering an Menge, vermehrte Peristaltik und tastbarer Tumor in der Magengegend. Muttermilch stand nicht zur Verfügung. Patient ging im Alter von 3 Monaten an Atrophie zugrunde. Bei der Obduktion erwies sich die Pylorusgegend deutlich von der übrigen Magenwand abgrenzt, knorpelartig verdickt.

Escherich berichtet über 3 Fälle von **Pneumonie** mit abnormem Verlauf:

1. Das erste Kind zeigt im Anschlusse an eine lobuläre Pneumonie durch 38 Tage hochintermittierendes Fieber zwischen 35,2 und 40,0. Während der fieberfreien Stunden war Patient immer frisch. Organbefund normal. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Pneumokokkenallgemeininfektion. Heilung. Therapeutisch hatte nur Elektrargol vielleicht etwas Erfolg, indem es die fieberfreien Intervalle zu verlängern schien.

2. Beim zweiten, 2 Jahre alten, Kinde trat im Anschlusse an eine Pneumonie ein interlobuläres Empyem auf. Operation in der Sauerbruchschen Kammer. Es fand sich Eiter an der medialen Fläche der Pleura.

3. Ein $2^1/_4$ Jahr altes Kind mit schwerer Pneumonie und meningealen Symptomen entwickelte sich eine eigentümliche Psychose, charakterisiert durch allgemeinen Rigor, Somnolenz. Apathie, Nahrungsverweigerung, Aphasie. Die Atmung ist über der linken Lunge abgeschwächt, stellenweise aufgehoben. Die beschriebenen Veränderungen wurden schon bald nach der Geburt konstatiert. Patient zeigte auch noch andere Mißbildungen (Atresia ani).

Sluka demonstriert ein $2^1/_2$ Jahr altes Mädchen, das im Anschlusse an schwere **Pertussis** vollkommen verblödet ist. Therapeutisch will S. systematische Lumbalpunktionen versuchen, die in einem analogen Fall günstig gewirkt haben.

Sperk spricht über die klinische Bedeutung des **Fazialisphänomens im Kindesalter.** Man findet es zumeist bei schwächlichen anämischen Kindern mit Symptomen der Nervosität. Gewöhnlich zeigen auch andere Geschwister und die Mütter dieser Kinder ebenfalls das Fazialisphänomen. In ausgesprochenen Fällen finden sich gesteigerte Patellarreflexe, herabgesetzter Rachen- und Kornealreflex. Vortr. trennt seine Fälle von den rudimentären Formen von Tetanie ab.

Hochsinger bestätigt die Beobachtungen des Vortr. auf Grund eigener ausgedehnter Erfahrung. Das Fazialisphänomen ist eines der banalsten Begleitsymptome der Nervosität des späteren Kindesalters. Schick (Wien).

Ärztlicher Verein in Hamburg.

(Nach Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 7. Dezember 1909.

Versmann: **Welche Rolle spielen die Schulen bei der Verbreitung der Diphtherie?** Um das zu erfahren, hat das Medizinalamt durch die Oberschulbehörde alle Schulvorstände auffordern lassen, jede Häufung von Diphtherie sofort zu melden. Das Ergebnis ist, daß nur in 2 Klassen zahlreichere Erkrankungen vorgekommen waren. Eine von diesen beiden Klassen war sehr stark befallen; es fehlten in ihr 10 Kinder wegen Diphtherie, weitere 11 wegen Halsschmerzen. Zu bemerken ist, daß die Klassenlehrerin jeden Morgen den Kindern in den Hals gesehen und sich dabei eines Federhalters zum Niederdrücken der Zunge bedient hatte; es liegt also der Gedanke nahe, daß durch diese Manipulation, die gut gemeint war, die Krankheit verbreitet worden ist.

Das Medizinalamt pflegt in stärker befallenen Klassen von allen Insassen Abstriche zu nehmen und die Bazillenträger von der Schule auszuschließen.

Der Vortr. schließt mit der Bitte, den Meldungen über Infektionskrankheiten den Namen der Schule und die Klasse beizufügen, damit das Medizinalamt in die Lage gesetzt wird, umgehend die nötigen Maßnahmen zu ergreifen.

Simmonds: Bei den Diphtheriesektionen macht sich eine Häufung der an Myodegeneratio cordis zugrunde gegangenen Fälle bei abgeheiltem lokalen Befunde geltend. Diese Spättodesfälle sind dafür Beweis, daß das Serum die lokale Rachenaffektion zwar beseitigt, die Nachwirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz nicht zu beeinflussen vermag. Demonstration von Mikrophotogrammen der Herzfleischerkrankung.

Deneke: Nicht nur die Statistik, sondern vor allem der veränderte Ablauf der Diphtherie zwingen zur Anerkennung der Serumtherapie. Die höchste Sterblichkeit der Serumperiode bleibt noch um 2,3 % unter der niedrigsten Sterblichkeit der Vorserumperiode, die durchschnittliche Sterblichkeit ist seit der Einführung des Serums auf die Hälfte herabgedrückt. Die frühe Anwendung des Heilmittels ist notwendig. Vergleicht man die Zahl der Todesfälle vor und nach der Anwendung des Serums bei den am 1. und 2. Tage in Krankenhausbehandlung Gekommenen, so ergeben sich 9,2 gegen 3,6 %! — Die Kosten sind bis jetzt noch recht erheblich. D. regt daher an, das Medizinalamt möge einen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten vorhandenen Fonds zur unentgeltlichen Abgabe von Diphtherieserum im Bedarfsfalle verwerten.

Brandis empfiehlt zur Nachprüfung an einem größeren Material die Biersche Stauung, die ihm mehrfach günstig den Diphtherieablauf zu beeinflussen schien.

Rumpel möchte nicht mißverstanden sein. Auch er hat von dem Serum im Einzelfalle oft überraschend Gutes gesehen. Ihm ist nur darum zu tun, zu erklären, daß der statistische Beweis für die Serumwirkung ihm noch nicht erbracht erscheint. Warum wirkt das Serum, das 1894/5 einen Abfall der Mortalitätsziffer von 15 auf 8,6 gemacht haben soll, 1909 nicht ebensogut? Wir haben jetzt eine sehr schwere Epidemie, sehen auch jetzt wieder genau die gleichen mit schweren Symptomen zum Tode führenden Diphtherieformen wie in den 80er Jahren.

Am meisten überzeugend für das Serum wirke noch die Statistik über die möglichst früh injizierten Fälle; aber auch bei anderen Infektionskrankheiten ist die Mortalität um so niedriger, je früher Krankenhausbehandlung einsetzt. Gründe: Unter den am 1. Krankheitstage Aufgenommenen sei die große Zahl leichter und kurz verlaufender Fälle, die die Statistik günstig beeinflußten, unter den am dritten oder an einem späteren Tage Aufgenommenen fehlten diese, da deren Erkrankung bereits abgelaufen sei. R. demonstriert eine Kurve je nach den Tagen des Krankenhauseintrittes aus vorserologischer Zeit (1890):

Krankheitstag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Aufgenommen	6	47	46	41	11	5	5	3	3	2
Gestorben	—	3	1	3	—	1	2	—	1	1

R. zitiert eine Notiz des Britisch Medical Journal 1909 vom 13. November: 63249 Fälle wurden mit Serum behandelt, davon † 8917 = 14 %. 11716 Fälle ohne Serum: davon † 703 = 6 %. Von diesen 703 waren 55 hoffnungslos aufgenommen. R. erklärt übrigens, daß diese Zahlen nicht ohne weiteres verwertet werden können, ehe man nicht wisse, nach welchen Gesichtspunkten in den Londoner Hospitälern injiziert würde.

Much: In Diphtheriefällen abzuwarten und erst dann zu spritzen, wenn der Fall übel auszugehen droht, widerspricht so sehr Behrings Vorschriften, daß vor diesem Verfahren auch im Sinne des Erfinders auf das dringendste zu warnen sei. Will man Serum anwenden, dann darf das nur frühzeitig sein. Die verspätete Einspritzung setzt sich in direkten Widerspruch zu den wissenschaftlich und klinisch festgelegten Tatsachen.

Korach warnt vor der zu hohen Bewertung der Massenstatistik und vergleicht die Diphtherieepidemien Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre mit den letztjährigen. Den gutartigen Verlauf kann nicht allein der Charakter der Epidemie verschuldet haben, sondern man muß doch von einem realen Einfluß der Therapie sprechen. Auch früher sah man von diesem oder jenem Mittel gelegentlich einmal einen günstigen Einfluß; aber bei der nächsten Epidemie versagte das Mittel völlig. Anders mit dem Serum, dessen Wirkung auf den lokalen Prozeß und auch auf das Allgemeinbefinden geradezu verblüffend ist. K. spritzt erst nach Sicherstellung der Diagnose durch die Bakteriologie.

Deycke: Alle Statistiken, die nicht genug die Zeit der Serumanwendung berücksichtigen, sind unlogisch und unbrauchbar. Ein Entgiftungsmittel kann nur dann wirksam sein, wenn es in einer Zeit angewandt wird, in der das Gift angreifbar ist. D. hat sich der Mühe unterzogen, alle vorhandenen Statistiken zusammenzustellen. Das Ergebnis heißt:

Behandelte	Gesamt-Mort.	Mortalität in Prozenten am 1.	2.	3.	4.	5.	6.	nach d. 6. Tage
78028 mit Serum	15,2	4,3	7,6	14,7	19,7	31,6	31,4	31,6
2504 ohne Serum	22,0	19,0	17,0	20,0	30,0	27,0	37,0	

D. schlägt eine statistische Enquete nach Frankfurter Muster vor.

Lenhartz beweist an Hand einer statistischen Zusammenstellung aller in den letzten 14 Tagen im Eppendorfer Krankenhause aufgenommenen Fälle (52) die Richtigkeit seiner in voriger Sitzung aufgestellten Behauptungen. Nur sofortige Serumbehandlung hat Sinn, ist dann aber auch ein fast unfehlbares Heilmittel. L. ist der Ansicht, daß es

1. richtig sei, wenn der Arzt bei jedem frischen Fall von Halsentzündung, der den Verdacht der Diphtherie erwecke, 600—800 Einheiten injiziere und hinterher das Ergebnis der bakteriologischen Prüfung abwarte. Dadurch würde nie geschadet, andererseits aber manches Unheil verhütet.

2. sei es nötig, durch einen öffentlichen Aufruf die Bevölkerung darüber aufzuklären, daß das Serum nur dann ein Heilmittel sei, wenn es frühzeitig angewandt würde, daß es nicht schade und insbesondere nicht für die Nachkrankheiten verantwortlich gemacht werden dürfe, die auch ohne Serum bekannt seien, daß endlich die Eltern die Pflicht hätten, bei jeder Halskrankheit für möglichst rasche ärztliche Hilfe zu sorgen.

IV. Neue Bücher.

Bandelier und Röpke. **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.** 4. Auflage. Würzburg, C. Kabitzsch. Preis: 6 Mk.

In kurzer Zeit hat das Buch 4 Auflagen erlebt, die vorliegende ist der dritten bereits nach 6 Monaten gefolgt! Das spricht für sich, und es erübrigt sich wohl, über die Brauchbarkeit dieses Lehrbuches ein Wort zu verlieren. Auch ohne die sich überaus lobend über das Werk aussprechende Vorrede, die kein Geringerer als Robert Koch geschrieben hat, weiß jeder, der das Buch gelesen hat, daß sein Inhalt vortrefflich ist. Es wird noch öfter neu aufgelegt werden müssen.

Grätzer.

M. Dost, Anstaltsarzt in Hubertusburg. **Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie**, nebst einer ausführlichen Zusammenstellung der gebräuchlichsten Methoden der Intelligenz- und Kenntnisprüfung (mit 1 Tafel und 21 Abbildungen im Text). Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig. Preis: 4 Mk.

Verf. will für Juristen und Mediziner eine Einführung in die psychologische Psychiatrie geben. Auch dem Pädiater, der sich für die Grenzgebiete zwischen Medizin und Pädagogik interessieren muß, wird das Werk gewiß willkommen sein. Nach kurzen anatomischen Bemerkungen bringt der Autor einen kurzen psychologischen Abriß. Es kann nicht gebilligt werden, daß Verf. dabei „vornehmlich die voluntarische Psychologie W. Wundts und seiner Schüler" berücksichtigt hat. Es gibt wahrlich noch andere „psychologische Strömungen der Gegenwart", die Berücksichtigung verdient hätten. Trotzdem ist dieses Kapitel, wenn auch einseitig, so doch klar und instruktiv geschrieben. Die nun folgenden Kapitel geben einen Überblick über die allgemeine Psychopathologie und die wichtigsten Formen der Psychosen (nach Kräpelin). Ein sehr instruktives Kapitel ist die Diagnose der psychischen Erkrankung aus den Ausdrucksbewegungen und Handlungen der Kranken. Für den Mediziner bringt der Verf. eine ausführliche Zusammenstellung der in der Literatur zerstreuten Publikationen über Intelligenz-

und Kenntnisprüfungen und berücksichtigt auch die neuere schöne Arbeit von Ziehen: „Über Intelligenzprüfungen". Für den Juristen und Mediziner gleich interessant ist der Abschnitt über die Geistesstörungen in ihren Beziehungen zum Zivil- und Strafrecht. Die Arbeit will natürlich nur eine Einführung in die schwierige Materie sein. Ein Literaturverzeichnis von 86 Nummern am Schlusse des Buches soll den orientieren, der tiefer eindringen will. Die Photographien einiger Typen von Geisteskrankheiten (Katatonie, Idiotie, Paralyse usw.) sind wohlgelungen. Das Buch kann zur Einführung warm empfohlen werden.

A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.).

V. Monats-Chronik.

Berlin. In der am 16. März abgehaltenen Sitzung der **Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz** hat Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich folgendes Programm aufgestellt: Der Mittelpunkt der sich über ganz Deutschland erstreckenden Vereinigungen für Säuglingspflege soll die Landeszentrale sein. Die Belehrung der Bevölkerung und die Fürsorge der Säuglinge sind als ihre Hauptaufgaben zu betrachten, gleichzeitig soll der Nachweis von guter, unter Umständen unentgeltlich gelieferter Milch und deren geeignete Kontrolle ausgebaut werden. Unterkunftshäuser für schwangere Frauen und Mädchen, Kurse für Pflegerinnen und Dienstpersonal, ferner ein Stellennachweis für Ammen sollen errichtet werden. Der Bund für Mutterschutz sei zur Mitarbeit heranzuziehen, falls er sich von seiner Sexualethik loslöst. Eine Zeitschrift, die diese Bestrebungen fördert, soll ins Leben gerufen werden, und man erwartet, daß die Leiter großer Betriebe die Zeitschrift an ihre Arbeiterinnen verteilen bzw. für deren Verbreitung sorgen werden.

— Für den im Jahre 1911 in Berlin stattfindenden **III. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz** hat sich in einer am 28. Februar unter dem Vorsitz des Kabinettsrats der Kaiserin Dr. v. Behr-Pinnow abgehaltenen Sitzung der deutsche Organisationsausschuß konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Bumm, zu stellvertretenden Vorsitzenden die Geheimräte Dietrich und Heubner, zum Generalsekretär Prof. Keller gewählt. Das Protektorat des Kongresses wird voraussichtlich die Kaiserin übernehmen.

— Charlottenburg. Für **Säuglings- und Lungenkrankenfürsorge** sieht der Etat der Stadt für 1910 vor: Für die Unterhaltung der fünf städtischen Säuglingsfürsorgestellen und der Milchküchen sowie für Beihilfen an Schwangere und an stillende Mütter 125 800 Mk. Das Säuglingsheim auf Westend erhält 10 000 Mk., die Säuglingsklinik in der Christstraße 3000 Mk. Außerdem bezahlt die Armenverwaltung die Pflegekosten für alle Säuglinge in der Klinik, für die von anderer Seite Zahlung nicht zu erlangen ist, etwa 15 000 Mk. In den Fürsorgestellen ist der Milchverbrauch auf 230 000 Liter veranschlagt; dazu kommen für 1910 noch 24 000 sogenannte trinkfertige Portionen. Die Fürsorgestelle für Lungenkranke einschließlich der Überweisung in Heilanstalten, Pflegeheime und Walderholungsstätten verursacht 115 610 Mk. Kosten. Für die Unterbringung Lungenkranker, die bereits der Armenpflege anheimgefallen sind, sieht der Etat außerdem 29 000 Mk. vor. Das Rote Kreuz erhält für seine Lungenkrankenfürsorgestelle, die mit der städtischen Fürsorgestelle zusammenarbeitet, eine Beihilfe von 13 000 Mk.

— Das **Säuglingsheim Westend**, Rüsternallee, nimmt Säuglinge, die besonderer Pflege bedürfen (Ammenernährung, Couveuse) als Pensionäre auf. Kranke Kinder sind von der Aufnahme ausgeschlossen.

— Breslau. Prof. Dr. v. Pirquet (Baltimore) ist zum Direktor der Kinderklinik berufen.

— In Hagen und Augsburg sind **Schulärzte** im Hauptamt angestellt worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. BAUER (Emmendingen), Dr. W. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. O. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. Gg. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. M. MICHALOWICZ (Warschau), Dr. Herm. NETTER (Pforzheim), Dr. G. OOTMAR (Haarlem), Dr. S. RUBINSTEIN (Riga), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. G. SOMMER (Zittau), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg) Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. VULPIUS (Heidelberg), Dr Max S. Gust. WEGSCHEIDER (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Mai 1910. Nr. 5.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Seite



III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Mai 1910. Nr. 5.

I. Originalbeiträge.

(Aus der Kgl. Universitätsklinik und Poliklinik für Augenkranke in München, Vorstand: Prof. Dr. Eversbusch.)

Beitrag zur Nasen-Rachenbehandlung bei skrofulösen Augenerkrankungen.

Von

Dr. L. Schomburg.

Kind L. A., 8 Jahre alt, wurde wegen Keratoconjunctivitis ekzematosa recidiva beider Augen in die Anstalt am 6. September 1909 aufgenommen. Es wurde früher am rechten Daumen operiert wegen einer Knocheneiterung. Ferner war es schon öfters mit Augenentzündungen behaftet und ist auch im Frühjahr 1909 schon wegen Keratoconjunctivitis ekzematosa hier stationär behandelt worden.

Befund: Guter Ernährungszustand. Die Entwicklung entspricht durchaus dem Alter. Haut frisch und gesund. Am rechten Daumen fehlt die Grundphalange. Neben geringfügigen Drüsenschwellungen in der Submaxillargegend besteht Pediculosis capitis, außerdem ist ein chronischer Schnupfen vorhanden. Nasenuntersuchung ergab Rhinitis atrophicans, dazu geringe Tonsillarhypertrophie und geringe adenoide Wucherungen.

Rechtes Auge: Es besteht heftige Lichtscheu, Tränen, Rötung und geringe Schwellung der Lider, starke Rötung und Schwellung der Conjunctiva palp. Schleimig-eitrige Sekretion mittleren Grades und heftige gemischte Injektion der Conjunctiva bulbi. Die Cornea ist in toto stark getrübt. Zentral etwas nach unten und innen ein sehr dichtes, frisches Infiltrat. Vom Rand her ziehen von allen Seiten zahlreiche Gefäße auf das Infiltrat zu. Die Pupille ist eng. Ein weiterer Einblick ist bei der starken Reizung des Auges nicht möglich.

Linkes Auge: Es bestehen ebenfalls starke Lichtscheu, lebhafte konjunktivale Reizerscheinungen. Die Cornea zeigt einen alten zentralen Fleck, der Limbus ist unten von Randschlingen überwuchert. Iris und Pupille ohne Befund.

Behandlung: Rechts Atropin. Links gelbe Salbe, beiderseits Wärme.

Ich lasse jetzt einen Auszug aus der Krankengeschichte folgen.

10. September. Rechtes Auge. Die Gefäße sind bis zu dem Infiltrat vorgeschritten. Die Cornea droht sich vorzuwölben.

Linkes Auge. In der unteren Hälfte der Cornea sind mehrere frische Infiltrate aufgetreten; starke Vaskularisation vom Rand her. Beiderseits bestehen die konjunktivalen Reizerscheinungen unverändert fort. Behandlung: Rechts feuchter Druckverband, sonst wie vorher.

16. September. Neigung zu enger Pupille. Mydriasis nur zu erreichen durch Atropin nach vorheriger Kokaineinträufelung.

18. September. Keine Besserung. Reizung besteht fort. Rechts ist die Neigung zur Vorwölbung nicht beseitigt. Behandlung: Bettruhe, rechts feuchter Druckverband, links feuchter Verband.

20. September. Lichtscheu und Tränen noch sehr heftig. Conjunctiva bulbi ein wenig blasser. Cornea stark vaskularisiert. Pupillen, besonders rechts zeigen

noch Neigung zur Verengerung. Therapie: abwechselnd feuchte Dauerverbände, Wärme, Kokaïn-Atropin.

28. September. Beide Pupillen bleiben weit. Vaskularisation der Cornea geht zurück.

5. Oktober. Weitere Rückbildung der Gefäße. Die Corneae sind noch trüb und zeigen zahlreiche Maculae. Lichtscheu, Tränen und mäßige ziliare Injektionen der Conjunctiva bulbi bestehen noch.

9. Oktober. Rezidiv.

Und so wiederholt sich der Vorgang mehrfach. Geringe Besserung. Rückfall — wieder Besserung, die durch ein neues Rezidiv mit Neigung zu enger Pupille und zur Vorwölbung der Cornea abgelöst wird, ehe auch nur die Ziliarinjektion geschwunden ist oder Lichtscheu und Tränen auf einen einigermaßen erträglichen Grad gesunken sind. Der Schnupfen nahm ebenfalls bald ab, bald zu. Eine dauernde Besserung war nicht zu erreichen, trotzdem außer Borspülungen auch solche mit Kochsalzlösungen in verschiedener Konzentration versucht worden waren. Da sich indessen auch die Tonsillen deutlich vergrößert hatten, wurde das Kind aufs neue zur rhinologischen Untersuchung geschickt. Am 4. Dezember wurde die Tonsillotomie vorgenommen.

6. Dezember. Augen werden blasser.

9. Dezember. Augen blaß. Es besteht noch Lichtscheu und geringes Tränen.

12. Dezember. Geringe Rötung links. Abends wieder geschwunden.

16. Dezember. Status: Beide Augen blaß, das Tränen hat aufgehört. Lichtscheu nur noch gegen starkes Licht. Corneae zeigen in allen Abschnitten zahlreichere dichtere und zartere unregelmäßige Maculae. V. K. tief. Iris reizlos. Pupillen rund, gleichweit, frei beweglich. Beim Spiegeln erhält man roten Reflex, doch sind Einzelheiten des Fundus nicht erkenntlich. Das Ophthalmometer zeigt unregelmäßigen Astigmatismus. Vis. R. = L. 6/30 s. c.

Das Kind wurde zunächst nicht entlassen wegen mangelnder häuslicher Pflege, wegen der Gefahr, die ein Rückfall hier bedeuten würde, und um die aufhellende Behandlung (gebe Salbe und Dionin abwechselnd, später auch Opium) mit der nötigen Sorgfalt und Regelmäßigkeit durchführen zu können.

Vom 21.—24. Januar traten noch einmal einige Randphlyktänen auf. Sonst sind die Augen völlig blaß geblieben, die Maculae sind ein wenig heller geworden. Lichtscheu gegen starke Belichtung besteht noch in geringem Grade. Der Visus beträgt R. = L. 6/20.

Nach neuerlicher Konsultation des Nasenarztes wurden dem Kinde auch noch die adenoiden Wucherungen entfernt, um eine Schädlichkeit mehr auszuschließen und das gewonnene Resultat noch zu verbessern und zu befestigen. Es ist am 1. März 1910 in gutem Zustande entlassen worden.

Es kann natürlich nicht der Zweck dieser Veröffentlichung sein, irgend jemanden von der ohnehin feststehenden Nützlichkeit der Nasen-Rachenbehandlung bei skrofulösen Augenkranken zu überzeugen. Aber die Promptheit des Erfolges ist nicht alltäglich und macht den Fall zu etwas Besonderem.

Vielleicht macht jemand den Einwand, diese Promptheit könne auch ein zufälliges Zusammentreffen der Tonsillotomie mit einer spontanen Besserung des Augenleidens sein. — Ich glaube aber, daß in diesem Falle kein Grund zu solcher Skepsis vorliegt. Skrofulöse Augenerkrankungen sind gewiß sehr variabel und unberechenbar in ihrem Verlaufe, aber, wie ich auch in der Krankengeschichte hervorgehoben habe: Die Augen waren hier in der ganzen langen Zeit nie reizlos gewesen. Auch in den besseren Perioden zwischen zwei Exazerbationen war immer mindestens eine Rötung mittleren Grades, Tränen und erhebliche Lichtscheu vorhanden. Nach der Tonsillotomie setzt aber eine weitgehende und langdauernde Besserung so unmittel-

bar ein, daß meiner Ansicht nach der ursächliche Zusammenhang mit dieser Behandlung des lymphatischen Rachenringes nicht zu leugnen ist.

Man darf sich selbstverständlich nicht der Illusion hingeben, daß die Besserung ein sicheres Dauerresultat sei. Aber wo jede neue wenn auch geringe Entzündung eine so schwere Gefahr bedeutet wie hier, und wo man jeden weiteren Verlust an Sehschärfe so ängstlich zu vermeiden versuchen muß, wie bei diesem Kinde, da wäre auch ein langes anfallsfreies Intervall schon ein wertvoller Erfolg.

Der Fall erscheint mir erwähnenswert als ein ungemein eindringliches Beispiel dafür, wie segensreich das Zusammenarbeiten von Nasen- und Augenarzt bei skrofulösen Augenerkrankungen sein kann. Ein Gedanke, der an der Kinderstation der Münchener Universitäts-Augenklinik von Herrn Geheimrat Eversbusch dadurch in die Praxis umgesetzt worden ist, daß regelmäßig wöchentliche Untersuchungen und Behandlungen der skrofulös erkrankten Kinder durch einen Nasenarzt stattfinden.

Zur Kasuistik der Masern, besonders der atypischen Fälle.

Von

Dr. Georg Neumann,

Kinderarzt in Landsberg a. W.

Unter ca. 170 Masernfällen konnte ich, neben der bei weitem größeren Zahl typisch verlaufener Erkrankungen, einige recht atypische beobachten. Bei den typischen Fällen zeigten sich im großen und ganzen die Kinder mit exsudativer Diathese stärker gefährdet als diejenigen, die diese Körperanomalie nicht hatten.

Unter den Nachkrankheiten stand die Lungenentzündung mit 17 Fällen an der Spitze; auch länger dauernde schwere, fieberhafte Bronchitis stellte sich einige Male ein. Mit Mittelohreiterung als Folge der Masern traten verhältnismäßig wenige Kinder in Behandlung, ich glaube aber wohl in der Annahme nicht fehl zu gehen, daß manche Eltern hierauf wenig Gewicht legen und den Arzt gar nicht konsultieren. Anders pflegte der Krupp zu schrecken, den ich in 4 Fällen im Gefolge der Masern sah. — Drüsenschwellungen stellten sich gleichfalls nur in geringer Zahl ein, und nur vereinzelt wurde ich noch wegen einer restierenden Conjunctivitis aufgesucht.

Was das Alter der erkrankten Kinder anlangt, so möchte ich vor allem der Anschauung, daß die jungen Säuglinge stets vor der Maserninfektion bewahrt bleiben, mit aller Entschiedenheit entgegentreten. Die Ansicht, daß die Säuglinge gegen Masern immun wären, ist zum Teil auch den Laien beigebracht worden, so daß die diesbezügliche Diagnose bei den letzteren oft ein eigenartiges Mißtrauen zu gewärtigen hatte. — Zweimal habe ich sichere Masern mit allen Merkmalen bei 6 Wochen alten Kindern beobachtet. — Wenn auch die Zahl der an Masern erkrankten und weniger als 9 Monate zählenden Kinder — ich sah 10 Fälle — nicht gerade groß ist, so ist doch die

Annahme, daß diese Kinder der Infektion weniger ausgesetzt sind, weil sie mit den anderen Kindern in weniger nahe Berührung kommen als die älteren, keineswegs von der Hand zu weisen.

Von den atypisch verlaufenen Fällen möchte ich zuerst einen viermonatlichen Knaben, L. S., erwähnen, der nach Angabe der Eltern richtige Masern überstanden haben soll. Der ihn behandelnde Arzt soll die Diagnose Masern auf dem Krankenschein vermerkt haben. Ca. 1 Woche später, nachdem der erste Ausschlag inzwischen bereits völlig verschwunden war, habe ich bei dem Kinde eine reguläre Masereruption mit Schleimhauterscheinungen und Fieber, die völlig typisch verlief, beobachtet.

Eine weitere Anomalie im Verlaufe der Masern, die vielleicht auch als Nachkrankheit zu bezeichnen ist, sah ich bei einem 7 Jahre alten Knaben. Es traten am Tage nach der Entfieberung, und zwar vom Abend an, ziemlich starke, zum Teil stechende, zum Teil prickelnde Schmerzen an den medialen Flächen der Plantae pedis auf, die fast die ganze Nacht dauerten und am nächsten Tage von selbst verschwanden. Ich nehme an, daß es sich um Neuralgien gehandelt hat.

Einen eigenartigen Befund bot ein 5 Jahre alter, außerordentlich kräftiger und für sein Alter sehr entwickelter Knabe, C. N.

Das Kind hat früher wiederholt Mittelohreiterungen gehabt, die durch die vorhandenen starken adenoiden Wucherungen begünstigt worden sind.

24. Mai 1909: Temperatur 40°. Es bestehen Conjunctivitis, Rhinitis und starke Bronchitis, Kopliksche Flecke auf der Wangenschleimhaut, und am Kinn beginnendes Masernexanthem.

25. Mai: Temperatur 38°. Exanthem über den ganzen Körper verbreitet.

26. Mai: Vormittags 11 Uhr Temperatur 37,2°. Das Kind soll die ganze Nacht nicht geschlafen, sondern sich unruhig hin und her geworfen haben. Die Frage, ob vielleicht ein geringer Juckreiz vorliege, glauben die Eltern bejahen zu können.

Therapie: Lauwarmes Bad; Einreiben der Haut mit ungesalzenem Speck. Am Nachmittag soll das Kind ruhiger gewesen sein und gespielt haben. — Gegen Abend tritt wieder eine so schwere Unruhe auf, daß ich noch einmal gerufen werde. Die Temperatur beträgt 36,2. Es gelingt nur schwer, das Kind so lange festzuhalten, bis die Messung erfolgt ist. Es schleudert sich fortwährend im Bett hin und her, bald springt es auf und will getragen werden, bald will es wieder ins Bett zurück. Juckreiz scheint nicht zu bestehen und wird auch von dem Kinde bestritten. Das Exanthem ist im Verblassen. Außer der vorhandenen Bronchitis hat sich noch eine mäßige Laryngitis mit Andeutung von Krupphusten eingestellt. Atemnot besteht nicht. Die Herztöne sind regelmäßig, aber leicht klappend; Puls = 100.

Therapie: Warmes Bad, Brom, eventuell Chloralhydrat.

Bevor die Therapie noch in Anwendung gebracht werden konnte, verfiel das Kind in tiefen Schlaf. Als es am nächsten Tage erwachte, war es wieder munter.

Diese auffallende Unruhe bei einem geistig geweckten, sonst gleichmütig ruhigen Kinde läßt sich vielleicht am leichtesten als rein nervöse Erscheinung erklären, wie wir sie öfters bei Patienten mit schwer fieberhaften Erkrankungen wahrnehmen. Die Möglichkeit, daß eine leichte Myokarditis, wie wir sie beim Scharlach beobachten, vorgelegen hat, ist wenig wahrscheinlich; sie läßt wenigstens die auffallend schnelle Heilung nicht gut erklären. — Die beiden folgenden atypischen Fälle zeigen uns ein eigenartiges Zusammentreffen von Urtikaria mit Masern.

Alois H., 4 Jahre alt; pastöses Kind mit Landkartenzunge und adenoiden Wucherungen.

13. Mai 1909 abends 8 Uhr. Das Kind klagt über starken Juckreiz. Der größte Teil des Körpers ist mit einem ausgebreiteten Erythem bedeckt, welches dem von Brennesseln erzeugten Ausschlag gleicht. Es tritt abwechselnd an ververschiedenen Stellen auf. Ebenso schnell wie es erscheint, verschwindet es auch. Auf der Wangenschleimhaut sind Koplik sche Flecke, am Kinn ist beginnendes Masernexanthem.

14. Mai. Temperatur 39,2°. Die Urtikaria ist geschwunden, das Masernexanthem hat sich über den größten Teil des Körpers verbreitet. Im Verlaufe der Masern stellt sich eine auffallend schwere, fieberhafte Bronchitis ein, die mehrere Wochen anhält. Ausgang in völlige Heilung.

In noch ausgesprochener Weise trat die gleiche Affektion als Vorläufer der Masern bei dem folgenden Falle in Erscheinung.

Willy L., 13 Jahre alt, hat früher häufig an langdauerndem Luftröhrenkatarrh gelitten, zeitweilig stellte sich auch eine Urtikaria ein.

Am 7. März 1909 soll, wie die Eltern erzählen, der Knabe „trübe“ Augen gehabt haben. Am 9. März kam er am Vormittag aus der Schule zurück, weil er sehr müde war und fortwährend gähnen mußte. Am 10. März blieb er bis zum Mittag im Bett, stand dann aber auf, um Schularbeiten zu machen; er hatte anscheinend schon Fieber. Am 11. März versuchte er wieder in die Schule zu gehen, mußte jedoch, weil er fror, sich wieder ins Bett legen. Die Mutter gab ihm nunmehr warmen Tee zum Schwitzen. Gleich darauf sollen sich auf der Brust handflächengroße rote Flecke eingestellt haben. Am Abend traten ähnliche Flecken und Pickel auf der Stirn und auf der rechten Wange auf. Am 12. März war das ganze Gesicht voll von Flecken, gleichzeitig stellte sich an den befallenen Partien scharfes Brennen und Jucken ein. Am Abend wurden auch die Beine davon ergriffen. Die Mutter stellte 38,8° Temperatur fest.

Am 13. März sollen wieder große rote Flecke, nachdem sie vorher bereits verschwunden waren, am Rumpfe unter heftigem Juckreiz entstanden sein, so daß man zu mir schickte.

Willy L. ist ein großer, dem Alter entsprechend entwickelter Knabe, von mäßig derbem Knochenbau, ziemlich guter Muskulatur und geringem Fettpolster. Er klagt über starke Unruhe, über Brennen und Juckreiz. Das Gesicht ist von einem kleinfleckigen Erythem bedeckt. Einige größere und leicht erhabene Rötungen der Haut finden sich am Rumpf und an den Extremitäten, jedoch nicht in der Ausdehnung, wie sie vorher von den Eltern beobachtet worden sind. Die Bindehäute sind stark gerötet, ferner besteht eine mäßige Broncbitis. Die Temperatur beträgt mittags 38,6°, abends 39,5°.

Therapie: Bromokollpuder.

14. März: Temperatur morgens 39,5°, abends 39,2°. Der Befund ist derselbe wie am Tage zuvor.

15. März: Temperatur vormittags 39,3°, mittags 38,8°, abends 38,5°. Ich stelle ein Masernexanthem fest, das schon am Abend vorher im Gesicht entstanden ist und das sich im Laufe des Tages am Rumpfe und später an den Extremitäten ausbreitet. Die Urtikaria ist verschwunden.

16. März: Temperatur morgens 37,5°, mittags 37,6°, abends 38,2°. Typisches Masernexanthem und -enanthem, starke Lichtscheu, Conjunctivitis und stärkere Bronchitis.

17. März: Temperatur morgens 37°, abends 37,2°.

18. März: Temperatur abends 36,6°. Das Exanthem ist im Verblassen. Auch die übrigen Erscheinungen lassen nach. — In wenigen Tagen völlige Heilung. In den beiden letzten Fällen hatte demnach der Körper auf das Maserngift zuerst noch mit einer Erythemeruption reagiert, bevor das Exanthem zum Durchbruch kam.

Nach Ablauf der Masernepidemie setzte, wie schon so häufig beobachtet, eine ausgebreitete Keuchhustenepidemie ein.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

J. Zappert, Über Spinalganglien im Kindesalter. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 449.) Z. studierte die Histologie der Spinalganglien bei 16 Fällen (Kinder meist des ersten Lebensjahres). Da die Histologie der Spinalganglien so ziemlich eine Terra incognita darstellt, mußten vor allem normale Verhältnisse festgestellt werden.

Degenerative Veränderungen und Abblassung des Tigroids (Zellnervensubstanz) sind nicht unbedingt pathologisch. Pigment fehlt. Man sieht mit Marchi-Färbung einzelne Punkte, die den ersten Anfang des Pigments darstellen.

Die von Sibelius für Lues charakteristisch bezeichneten Zellkoloniebildungen sah Z. auch bei 2 an Masernpneumonien verstorbenen Kindern (11 und 23 Monate alt), sie fehlten bei 2 Kindern mit hereditärer Lues. Die Zellkolonienbildung ist daher kein Zeichen für Lues.

Die Unterscheidung von Kapselendothelzellen und kleinzelliger Infiltration ist sehr schwierig. Z. konnte nachweisen, daß Kapselendothelzellen in der Mehrzahl der untersuchten Fälle vorhanden sind. Z. hält ihr Vorkommen im frühen Kindesalter für physiologisch. Die von Peters gebrachte Angabe über Gangliitis bei Tetanie hält Z. nicht für richtig. Z. empfiehlt überhaupt Vorsicht bei Deutung pathologischer Befunde in den Spinalganglien. Schick (Wien).

J. Jerome Leopold, und **Aug. v. Reuß,** Versuche über Milchzuckerausscheidung nach subkutanen Injektionen. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 453.) Die Verff. haben in einer früheren Publikation über Versuche an Tieren berichtet. Bei einmaliger Injektion wird der Milchzucker binnen 24 Stunden quantitativ oder nahezu quantitativ ausgeschieden, bei wiederholter Injektion bleibt die Menge des ausgeschiedenen Zuckers hinter der des injizierten Zuckers zurück.

Auch beim Säugling erhielten L. und R. ähnliche Resultate, doch nicht regelmäßig. Bei Fall IV wurde nach 13 Injektionen der Zucker komplett ausgeschieden. Einige Male wurde nach der ersten Injektion mehr Zucker ausgeschieden, als injiziert wurde. Diese Mehrausscheidung ist wahrscheinlich auf Traubenzucker zurückzuführen, wie auch aus einem Versuche Hamburgers hervorgeht.

In einigen Fällen zeigte sich schon nach der ersten Injektion eine Retention des injizierten Milchzuckers. Die Verff. meinen, daß es kein Zufall war, daß diese Retention gerade bei zwei darmkranken Kindern und bei einem gesunden aber mit laktosereichen Milchverdünnungen ernährten Kinde auftrat, während bei Kindern, die mit Milch ohne Milchzuckerzusatz ernährt wurden, der Milchzucker quantitativ ausgeschieden wurde.

Die Injektion wurde mit mehr oder minder intensiven Temperatursteigerungen beantwortet: 37,0—39,3, 7—20 Stunden post injectionem.

Die gesündesten Kinder zeigten die stärksten Fiebersteigerungen. Geringerwerden der Fieberreaktion wurde nicht beobachtet. Die Hauptmenge des injizierten Zuckers war innerhalb der ersten 10 Stunden ausgeschieden. Schick (Wien).

Arnold Orgler, Über den Ansatz bei natürlicher und künstlicher Ernährung. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1909. Bd. 8. S. 458.) O. konnte zeigen, daß der Säugling, der fast purinfreie Nahrung bekommt, bei natürlicher Ernährung weniger Harnsäure ausscheidet als bei künstlicher. Die Harnsäureausscheidung gibt einen Maßstab für den Nukleinstoffwechsel des Säuglings. O. stellte die Hypothese auf, daß der Säugling bei natürlicher und künstlicher Ernährung ungefähr gleiche Mengen Purinkörper bildet; bei natürlicher Ernährung werden mehr Purinkörper (in Form von Nukleinen) angesetzt als bei künstlicher Ernährung.

Diese Hypothese konnte nur durch Analyse gestützt werden. O. nahm 8 junge Hunde desselben Wurfes, 4 Tiere erhielten vom achten Tage an Kuhmilch, 4 wurden bei der Mutter belassen. Nach 3 Wochen wurden die Tiere getötet. Die natürlich ernährten Hunde hatten tatsächlich absolut genommen mehr Purinkörper und damit auch mehr Nukleine als die künstlich genährten. Das ist aber keine spezifische Wirkung der natürlichen Ernährung. Die natürlich ernährten Tiere waren stärker gewachsen. Das Verhältnis Gesamtstickstoff zu Purinkörperstickstoff war in beiden Untersuchungsreihen dasselbe. Zufällig konnte O. je 2 Tiere eines Wurfes, natürlich und künstlich ernährt, mit ungefähr gleichem Gewicht untersuchen. Diese hatten gleichen Purinkörpergehalt. O. kommt daher zu folgenden Sätzen:

1. Der Ansatz der Nukleine hängt nur vom Wachstum des Körpers ab. Je stärker der Organismus wächst, desto mehr Nukleine setzt er an.

2. Die Ausscheidung der Purinkörper ist beim Säugling bei natürlicher Ernährung kleiner als bei künstlicher.

3. Bei künstlich genährten Säuglingen gelingt es bei gleichzeitiger Besserung der Gesamtretention von Stickstoff die Harnsäureausscheidung zu vermindern. Schick (Wien).

Olimpio Cozzolino, Beitrag zu den gegenwärtigen Gesichtspunkten betreffs der Diagnosestellung der Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) Auf Grund dreier Fälle betont Verf. die Wichtigkeit der physikalischen Untersuchungsmethoden. Er schätzt die Tuberkulinreaktion, die Radioskopie und das de la Campsche Zeichen. Hecker.

Albert Caan, Über bakteriologische Blutbefunde bei Ernährungskrankheiten im Säuglingsalter. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) Züchtungen aus dem Blut von 20 Kinderleichen lieferten folgende Ergebnisse: Bei einer Reihe von Säuglingen, welche das klinische Bild der Ernährungskrankheiten und den üblichen unbefriedigenden Obduktionsbefund gezeigt hatten, wurde durch die postmortale bakteriologische Blutuntersuchung fast immer das Vorhandensein

von Bakterien (in der Hauptsache Streptokokken) festgestellt, die zweifellos intra vitam im Blut gekreist haben mußten, ohne daß irgendwelche Komplikationen infektiöser Natur in anderen Organen vorhanden waren. Die Einwanderung der Streptokokken in die Blutbahn geht wahrscheinlich von den Darmveränderungen aus vor sich und ist als ein sekundärer Prozeß anzusehen, der sich in einem durch die Intoxikation geschwächten Organismus entwickelt. Wahrscheinlich wird durch diese Streptokokkämie der Tod beschleunigt. Hecker.

Karl Oppenheimer, Über den Nahrungsbedarf künstlich ernährter Säuglinge. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) Kalorimetrische Bestimmungen der Nahrung, Berechnung des Energie- und Zuwachsquotienten bei 4 Flaschenkindern, ohne daß aus den mitgeteilten Zahlen irgendwelche Folgerungen abgeleitet werden. Wiederholte Empfehlung der frühzeitigen Vollmilchernährung. Hecker.

Herbert Koch, Über Komplementbestimmungen des kindlichen Serums. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) Nachprüfung der Versuche von Moro über den Komplementgehalt des Blutes bei Kindern. Der hämolytische Effekt des Serums von älteren Kindern, die keine fieberhafte Erkrankung hatten, war sehr verschieden, ohne daß irgendwelche Gründe für den bald großen, bald kleinen Komplementwert angegeben werden können. Der Wert bei fieberhaften Erkrankungen älterer Kinder war fast ausnahmslos ein hoher. Dabei ist eine gewisse Konstanz der Werte deutlich. Gegen Ende der Erkrankung fand sich manchmal ein Absinken des Komplementwertes, gleichgültig ob die Erkrankung in Genesung oder Tod ausging. Bestimmungen bei durch Kaiserschnitt entfernten Tierembryonen lieferten bei diesen stets geringere Werte als bei den Muttertieren. Das Nabelvenenblut menschlicher Neugeborener hatte einen Blankwert von 0, d. h. es löste in der Verdünnung von $^1/_{10}$ keine Hammelblutkörperchen; die reine Komplementbestimmung ergab teils höhere, teils niedere Werte. Bei Säuglingen fand Verf. im Fieber höhere Komplementwerte, ferner Zunahme der Werte bei Besserung des Zustandes, bei Gewichtszunahmen. Vielfach konnte Komplementabnahme gleichzeitig mit Gewichtsabnahme konstatiert werden. Hecker.

H. Roeder, Untersuchungen über die motorische Funktion des Magens. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) An einem Hund mit Pawlowscher Duodenalfistel wurden Versuche mit einfachen Substanzen angestellt wie Mineralwässer, Kochsalz-, Trauben-, Milchzuckerlösung, Lösungen von Fleischextrakt und Fett usw. Sie ergeben u. a., daß die Kohlensäure deutlichen Einfluß auf die Magenmotilität ausübt; ebenso die molekulare Konzentration der Lösung. Die physiologische Kochsalzlösung verweilt am längsten im Magen, alle übrigen molekularen Konzentrationen, hypotonische und hypertonische Kochsalzlösungen, verlassen den Magen schneller. Von gleichprozentigen Trauben- und Milchzuckerlösungen beschleunigt die erstere die Motilität. Die Temperatur der eingeführten Lösungen bestimmt im wesentlichen die Dauer der Magenentleerung; so üben namentlich Temperaturen, die oberhalb und unterhalb von 37° liegen, einen starken Reiz auf die Motilität aus. Die Extraktivstoffe des Fleisches reizen in

3 und 10 $^{0}/_{0}$ iger Lösung weniger als klares Wasser. Lösungen mit hohem Fettgehalt, sowie reines Olivenöl bewirken analog den Pawlowschen Versuchen eine starke Hemmung der motorischen Tätigkeit des Magens. Die Versuche sprechen für die Wichtigkeit elementarer Versuchsbedingungen gegenüber Versuchen mit komplizierten Nährgemischen, wie Milch usw. Hecker.

G. Tugendreich, Über die Beziehungen zwischen Körpergewicht und Stillen bei der Arbeiterfrau. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 50.) Die Untersuchungen wurden an Frauen der Proletarierkreise angestellt. Der Ernährungszustand der Frau, gemessen am Körpergewicht, hat innerhalb sehr weiter Grenzen keinen Einfluß auf ihr Stillvermögen. Ebenso ist die Zu- oder Abnahme des Körpergewichts der Stillenden im ganzen unabhängig vom Ernährungszustand. Es ist nicht wahrscheinlich, daß das Stillen die Ursache der Zu- oder Abnahme des Gewichts während der Stillperiode ist. Die Stillfähigkeit ist praktisch unabhängig von der sozialen Lage. Hecker.

H. E. Schmid (Berlin), Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Röntgenstrahlen geheilt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 52.) Die Fälle betrafen einen 19 jährigen Patienten und ein 1 jähriges Kind. S. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Naevi vasculosi sind durch Röntgenbestrahlung zu heilen. Ein prinzipieller Unterschied in der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf die Gefäßneubildungen besteht nicht. Die Röntgenbestrahlung bietet den Vorteil, daß sich größere Flächen in einer Sitzung behandeln lassen. Als unangenehme Nebenwirkung der Röntgen- und Radiumbehandlung wäre die spätere Bildung von Pigmentflecken und Teleangiektasien zu nennen. Dieses läßt sich aber ziemlich sicher vermeiden, wenn die Erythemdosis in der Einzelsitzung nicht überschritten und die nächste Bestrahlung erst nach völliger Abheilung des Erythems vorgenommen wird. Flache Naevi können ohne Narbe heilen, Angiome nur mit Narbe, die aber kosmetisch hervorragend ist. Nur bei kleinen Angiomen und ganz flachen Naevis führt die Elektrolyse oder die Finsen- und Quarzlampenbehandlung zum Ziel. Bei allen größeren flachen Naevis und besonders den tumorbildenden Naevis ist die Röntgenbehandlung indiziert. Grätzer.

W. Feilchenfeld, Zur Beurteilung von Mißerfolgen des Credéschen Verfahrens bei Neugeborenen. (Ebenda.) Die Wirkung der Einträufelung kann einmal ausbleiben; leider wird dann aber oft die Eiterung im Vertrauen auf die sonstige Wirksamkeit des Verfahrens nicht als blennorrhoische angesehen, sondern als Bindehautreizung nach Argent. nitr. Einen solchen Fall beschreibt F. Für die ausbleibende Wirkung der Höllensteinlösung ergab sich als genügender Grund die Tatsache, daß bereits 35 Stunden ante partum die Blase gesprungen, daß die Nabelschnur mehrmals um den Hals geschlungen und daß während der sehr langen Austreibungsperiode die Hebamme öfter mit der Hand eingegangen war, um die Nabelschnur zurückzulagern und zu lockern. Die Infektion ist so möglicherweise bereits nach erfolgtem Blasensprung intra uterum erfolgt,

wofür es Analoga in der Literatur gibt, in denen Kinder mit bereits ausgesprochener Blennorrhoe — zuweilen sogar mit bereits erfolgter Kornealaffektion — geboren wurden. Aber dann kann auch das häufige Eingehen mit der Hand Keime in die Augen gepreßt und so eine um so heftigere Infektion verursacht haben. Daß bereits am zweiten Tage die Blennorrhoe auftrat, ist nach F.s eigenen Erfahrungen — wenn auch nicht ausschlaggebend — so doch nicht unwesentlich für die Annahme einer Infektion ante, nicht intra partum. Die meisten Fälle, die F. selbst sah, traten am vierten und fünften Tage auf, manche auch am dritten; auch Koblank behauptet, daß die Blennorrhoe erst fünf Tage nach der Geburt klinisch wahrgenommen werde, während die Hauptstatistik von Uppenkamp allerdings unter 328 Fällen 192 Erkrankungen am dritten, vierten oder fünften Tage und 54 an den beiden ersten Tagen aufweist. Wie viele von diesen Früherkrankungen ähnlich zu erklären sind, wie F. es für seinen Fall annimmt, läßt sich nicht sagen.

Daß aber bei erfolgter Infektion während des Inkubationsstadiums oder bei einer durch mechanische Insulte (Handeinführung der Hebamme) komplizierten Infektion eine einmalige Argentumeinträufelung nicht imstande ist, den Prozeß aufzuhalten, ist wohl anzunehmen.

Beim Auftreten einer Augeneiterung dürfte also — zumal nach vorzeitigem Blasensprung oder langer Austreibungsperiode — trotz erfolgter Argentumeinträufelung post partum eine mikroskopische Untersuchung des Eiters auf Gonokokken in jedem Falle erforderlich sein, damit nicht unter der Diagnose „Argentumreizung" eine wirkliche Blennorrhoe übersehen werde.

Grätzer.

G. Tugendreich, Zur Frage des Buttermilchfiebers. (Ebenda.) T. wendet sich gegen Finkelstein, der sein „Buttermilchfieber" als „Zuckerfieber" erklärt, also als Fieber, das direkt durch die in der Buttermilch enthaltenen Kohlehydrate, hervorgerufen werde. Nach T. spielen bakterielle Vorgänge die Hauptrolle, wofür freilich nähere Aufschlüsse noch ausstehen. Gegen die Deutung als „Zuckerfieber" ist vor allem einzuwenden, daß bei anderer kohlehydratreicher Nahrung — Haferschleim, Malzsuppe — ein solches Fieber nicht beobachtet wird.

Grätzer.

G. Zancarini, Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche bei Neugeborenen. (Aus dem städt. Krankenhaus in Mailand.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 46.) Wenn man als Fixationsmittel den Oberkörper des Neugeborenen benützt, beugt man das gebrochene Glied so auf den Oberkörper, daß die vordere Seite des Schenkels mit der vorderen Seite des Abdomens und die Vorderseite des Beines mit der Vorderseite des Thorax in Berührung kommen, während der Fuß, welcher über die Schulter reicht, seitlich vom Halse zu stehen kommt, und das Schlüsselbein als Stützpunkt benützt wird. Das Glied wird dann mit dem gewöhnlichen Verband in der beschriebenen Lage fixiert, indem man den Oberkörper mit Watte schützt. Der Verband wird täglich erneuert, um die angezeigte Massage vornehmen zu können. Diese Flexionslage auf den Oberkörper, welche gewissermaßen eine Rückkehr zur fötalen Lage vorstellt, wird von den Neugeborenen gut und ohne Schmerzen vertragen. In der oben

beschriebenen Lage verschwindet dann die Deformität des Gliedes und wird die Länge dieselbe wie jene des gesunden. Die Reinhaltung des Kindes ist in keiner Weise erschwert. Diese Methode hat ferner den unbestreitbaren Vorteil, daß sie leicht anwendbar ist und von jedem Arzt ausgeführt werden kann, auch wird sie von der Familie des Neugeborenen günstiger aufgenommen, ein Umstand, welcher in der Praxis nicht ganz übersehen werden darf. Grätzer.

v. Herff, Über den Wert neuerer Maßregeln gegen die Bindehautgonorrhoe der Neugeborenen. (Aus dem Frauenspital Basel.) (Ebenda.) „Sophol ist gegenwärtig dasjenige Mittel, das am geeignetsten für die Einführung in die allgemeine Praxis der Hebammen ist, zumal in Form der sehr handlichen Tabletten zu 0,25 und 0,5 g, mit denen leicht Lösungen in kleinen Mengen — 10 g reichen für etwa 30 Kinder aus — hergestellt werden können.

v. H. kommt zum Schlusse, daß das Credéisieren, am besten mit Sophol, in den Anstalten für alle Kinder, in der Hauspraxis jedoch nur für alle illegitimen Kinder zwangsweise einzuführen ist, für die legitimen Neugeborenen hingegen nur bedingungsweise. Die Zahl der Spätinfektionen ist durch nachdrücklichste, immer wieder einsetzende Belehrung über die Gefahren des Wochenflusses zu mindern. Da aber solche Maßregeln wenig Erfolg in der Hauspraxis versprechen, muß eine strenge Anzeigepflicht eingeführt werden, damit den Behörden ermöglicht wird, rechtzeitig erkrankte Kinder, nötigenfalls zwangsweise, in sachgemäße Behandlung zu bringen. Nur so ist zu erwarten, daß die Zahl der an Bindehautgonorrhoe Erblindenden zu aller Nutzen auf ein gewisses Minimum herabgesetzt wird.“

Grätzer.

Trumpp, Notiz zur Behandlung der Rhinitis acuta. (Ebenda.) Der Arbeit entnehmen wir folgendes:

„Der weiße Ton entfaltet, wie aus der Literatur bekannt, keine chemische, sondern eine rein mechanische Wirkung. Durch die außerordentliche Kleinheit seiner Partikel und sein daraus resultierendes großes Gesamtporenvolum zieht er sehr rasch und reichlich Flüssigkeit an sich. Die Bakterien werden einerseits schon durch die rapide Austrocknung ihres Nährbodens in ihrer Fortpflanzungs- und Lebensfähigkeit bedroht und werden außerdem durch die Kapillarattraktion des Bolus in die sich allmählich zu Brei umwandelnde Pulvermasse eingesogen und so unschädlich gemacht. Der Tonbrei wird in unserem speziellen Falle ausgeschneuzt oder ohne Schaden verschluckt.

Conditio sine qua non eines Heilerfolges der Bolustherapie bei Rhinitis ist nun erstens, daß die Bolus den Bakterienherd erreicht, zweitens, daß sie in einer Menge und Häufigkeit eingebracht wird, die zur Austrocknung der Sekretmassen genügt. Der Heilerfolg und die Behandlungsdauer ist ferner abhängig vom jeweiligen Grade der durch die Entzündung bereits gesetzten Schleimhautveränderung.

Ein Fall ist mithin günstig gelagert, für Bolusbehandlung besonders geeignet, wenn die Nasengänge weit sind, so daß die Bolus leicht auf alle affizierten Schleimhautpartien appliziert werden kann. Durch etwaige starke akute Schwellung der Schleimhaut bedingte Enge

läßt sich durch erstmalige Anwendung irgend eines Adrenalinpräparates leicht beseitigen (z. B. Suprarenin 0,03, Paraffin. liquid. 5,0, Ungt. boric. 25,0, mf. ungt S. Nasensalbe). Die Heilung wird um so rascher erfolgen, je frischer der Fall, je weniger alteriert die Schleimhaut bei Beginn der Behandlung ist.

Wenig Aussicht auf Erfolg bieten Fälle, bei denen angeborene Enge und Verbildung der vorderen Nasenpartie den Pulverstrom aufhält, oder bei denen eine infizierte und stark zerklüftete Rachenmandel oder ein schon bestehender Katarrh des Rachens oder der tieferen Luftwege immer wieder neues Infektionsmaterial in die Nasenhöhle liefert.

Zur Einführung des Pulvers bediene ich mich eines von mir angegebenen, leicht zu reinigenden, einfachen Pulverbläsers, bestehend aus Glasolive mit Schaufel und Ventilgummiballon (erhältlich bei der Firma Katsch in München, Preis 2 Mk.). Ich lasse große Mengen des sterilisierten und möglichst trocken aufbewahrten Tones (je trockener das Pulver, desto wirksamer ist es) erst 3—4 mal in viertelstündlichen, später in einstündlichen Pausen einblasen. Diese häufige Applikation scheint mir notwendig, um möglichst bald den Status zu erreichen, in dem die Pulvermenge die Sekretmenge überwiegt.

Solange noch reichlich Sekret vorhanden ist, wird das Pulver gar nicht oder nur angenehm kühlend empfunden, so daß Kinder nach Überwindung des anfänglichen Mißtrauens sich die Einblasung willig gefallen lassen. Die auftrocknende Wirkung der Bolus, unterstützt durch den schon nach wenigen Anwendungen freier zutretenden Luftstrom, macht sich bald und höchst angenehm bemerkbar. Nasenatmung ist oft schon in der ersten Nacht wieder möglich, wodurch sekundäre Rachenkatarrhe hintangehalten werden. Die sonst so häufige schmerzhafte Entzündung der Nares bleibt stets aus.

Ist der Schleimfluß von Anfang an gering, oder hat er unter der Behandlung nachgelassen, so beobachtet man zuweilen unmittelbar nach dem Einblasen verstärkte Sekretion (Wirkung der Kapillarattraktion?), die aber sofort wieder geringer wird und gewöhnlich bald danach ganz aufhört. Vor einer wirklichen Austrocknung ist die Schleimhaut durch ihren Turgor, Erhaltung der Wasserkonstante, geschützt.

Ist die Schleimhaut bei ihrer beginnenden Entblößung von Schleim noch im Zustand hochgradiger Entzündung, so wird das Pulver als Fremdkörper mehr weniger unangenehm empfunden. Die Belästigung ist aber nach meiner eigenen und anderer Kollegen persönlicher Erfahrung nur eine geringe und sehr kurzdauernde, besteht in mäßigem Druckgefühl, leichtem Jucken und Brennen.

Die Behandlung sollte nicht zu früh ausgesetzt werden, da sonst, wenn auch oft erst nach mehreren Stunden, plötzlich wieder etwas vermehrte Sekretion auftreten kann. Doch genügt am zweiten Tage in der Regel schon eine 2—3 stündliche Applikation.

Außer bei Rhinitis simplex habe ich die Bolusbehandlung auch bei zwei Fällen von primärer Nasendiphtherie (bakteriologisch erwiesen) versucht. Da die Kinder in sorgfältiger Pflege standen und von mir beliebig oft und genau kontrolliert werden konnten, habe ich es ex-

perimenti causa gewagt, von der Seruminjektion Abstand zu nehmen. In beiden Fällen glatter Verlauf ohne Komplikationen und postdiphtherische Erscheinungen. Heilung in 4 bzw. 6 Tagen. In zwei weiteren, in jüngster Zeit auf meine Anregung an der hiesigen Universitäts-Kinderklinik mit Bolus behandelten Fällen von Nasendiphtherie war der Erfolg gleichfalls deutlich und zufriedenstellend. Damit möchte ich natürlich keineswegs etwa dazu auffordern, künftig die Nasendiphtherie ohne Serum zu behandeln. Dazu sind die Gefahren der diphtherischen Intoxikation viel zu groß. Da uns aber die Nasendiphtherie trotz Serotherapie oft genug recht erhebliche Schwierigkeiten macht, und wir bisher noch kein befriedigendes Mittel zur lokalen Behandlung haben, so wäre es recht erfreulich, wenn sich die Bolus als ein die Serumbehandlung wirksam unterstützendes Mittel dauernd bewährte. Grätzer.

H. Lippmann, Über den Zusammenhang von Idiotie und Syphilis. (Aus der serologischen Abteilung des Kgl. Instituts f. Infektionskrankheiten in Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 47.) Bei der Prüfung des Idiotenmaterials mit der als zuverlässig bei den Erkrankungen des Nervensystems erprobten Serodiagnostik ergab sich an dem Uchtspringer Material unter 78 kindlichen Idioten in 7 Fällen, d. h. in 9% — allein auf Grund der Serumuntersuchung — Lues. Diese Zahlen schienen, verglichen mit Heubners und Ziehens Zahlen, niedrig, wenngleich sie erheblich höher waren wie die von Heyn 2 Jahre vorher am gleichen Material ermittelten 1,4%. L. setzte seine Untersuchungen am Großstadtmaterial fort, zumal ihm hier aus räumlichen Gründen weitergehende Untersuchungen möglich waren. In Dalldorf fand sich dann tatsächlich ein erheblich höherer Prozentsatz. Bei 13,2% konnte L. hier im Serum Wassermannsche Reaktion feststellen.

Da wir nun wissen, daß bei sehr lang bestehender hereditärer Lues die Reaktion, die im Beginn der Erkrankung positiv war, im Lauf der Jahre negativ wird, so war anzunehmen, daß die Zahl der Luetiker damit nicht erschöpft war. L. suchte daher durch weitere körperliche Untersuchung auf Stigmata der Lues diejenigen, die sich dem serologischen Nachweis entzogen hatten, herauszufinden. In der Tat gelang es auch, an einem Material von 77 Fällen, in denen alle Hilfsmittel, wie Anamnese, Augenhintergrundsbefund und körperliche Untersuchung zur Verfügung standen, in 40,2%! Lues nachzuweisen; nahm L. noch weitere 44 Fälle hinzu, bei denen anamnestische Angaben nicht zu erhalten waren, so konnte er noch 10 mal die Lues nachweisen, so daß der Prozentsatz an den 121 Kindern immerhin noch 33,8 war. Damit war erwiesen, daß an dem Berliner Großstadtmaterial in der Mehrzahl der Idiotieerkrankung die Syphilis, wenn wir uns vorsichtig ausdrücken, eine Begleiterscheinung ist. Wenn wir jedoch in Analogie mit den anderen Störungen des Zentralnervensystems, bei denen wir einen hohen Luetikerprozentsatz finden, unsere Schlüsse ziehen, so müssen wir annehmen, daß die Lues hier nur als Ätiologie in Frage kommen kann.

Als Schlußfolgerungen zieht L. aus diesen Ergebnissen folgende:

Wir wissen durch die Untersuchungen von Baisch, daß die Lues der Frauen in etwa drei Viertel (!) der Fälle latent, d. h. unerkannt verläuft. Nicht das geringste klinische Zeichen wies bei diesen Frauen, bei denen die Diagnose Lues durch positive Serumreaktion und positiven Spirochätenbefund in dem mütterlichen Anteil der Plazenta einwandfrei erwiesen war, auf das Bestehen einer luetischen Erkrankung hin und doch hatten diese Frauen eben erst sicher luetische Kinder geboren. Hier haben wir durch die Serodiagnostik die einzige Möglichkeit, die Syphilis sicher zu erkennen. In dieser Weise werden wir von selbst dazu geführt, diese uns gebotene Waffe schärfer zu gebrauchen und unter diesen Umständen werden wir unser Hauptaugenmerk auf die Prophylaxe richten müssen und dementsprechend auch auf Grund vorliegender Untersuchung Wassermanns Vorschlag, der von der französischen Naturforscherversammlung in Lille zum Beschluß erhoben wurde, zustimmen, der dahin geht, durch möglichst ausgedehnte Anwendung der Serodiagnostik in Frauenkliniken und Entbindungsanstalten die latente Syphilis von Mutter und Kind zu erkennen, die Kinder, bei denen wir Erbsyphilis feststellten, im Auge zu behalten und spätestens bei den ersten Erscheinungen sofort energisch zu behandeln. Aber auch bei schon bestehenden Erkrankungen werden wir in früheren Stadien die Hände nicht in den Schoß legen. Berichten doch Ziehen, Fournier u. a. auch bei schon ausgesprochenem Intelligenzdefekt über erstaunliche Erfolge der Schmierkur. Und auch bei fehlendem Nachweis der Erbsyphilis werden wir sehr zu erwägen haben, ob wir nicht jede Idiotie — wie wir es ja schon prinzipiell bei jedem Hirntumor tun — einer antisyphilitischen Behandlung unterwerfen sollen. Fast in der Hälfte der Fälle haben wir ja die Aussicht, mit als wirksam erprobten Mitteln die Ursache der Erkrankung anzugreifen. Und dabei sind die 40% nur die sicheren, die Minimalzahlen. Grätzer.

E. Müller, Über die Frühstadien der spinalen Kinderlähmung. (Aus der medizin. Poliklinik in Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 48.) Aus dem — im Ärztlichen Verein zu Marburg gehaltenen — Vortrage[1]) sei folgender Passus wiedergegeben:

„Trotz der Vieldeutigkeit der Frühstadien ist es während einer Epidemie möglich, schon vor dem Auftreten der Lähmungserscheinungen eine richtige Diagnose zu stellen und selbst solche Fälle richtig zu deuten, in denen gröbere spinale Symptome überhaupt ausbleiben. Es sind namentlich drei Kardinalerscheinungen, die dies ermöglichen. Zunächst einmal die auch von Krause betonte auffällige Neigung zum Schwitzen. Selbst bei Kindern mit starker Gastroenteritis wurden gleichzeitige profuse Schweiße beobachtet. Viel wichtiger noch war die ungemein häufige und geradezu pathognomonische eigenartige Hyperästhesie. Meist kann sie allerdings nur noch durch genaue Anamnesen nachgewiesen werden, weil sie sehr frühzeitig aufzutreten und bald wiederum zu verschwinden

[1]) Diskussion siehe unter „Vereinsberichte“ in dieser Nummer.

pflegt. Auch bei der schonendsten Untersuchung, bei der geringsten passiven Bewegung (namentlich solche mit Beteiligung der Wirbelsäule) ja schon beim bloßen Anfassen (besonders am Rumpfe) beginnen die Kinder laut zu schreien. Die Kinder lagen im frühen Krankheitsbeginn möglichst ruhig zu Bett; vielfach riefen sie auch der Mutter zu „nur nicht anfassen". Aus Angst vor der Berührung zogen sie gar nicht selten bei Annäherung auch von Familienmitgliedern die Bettdecke über sich; auf den Arm genommen mußten sie möglichst ruhig gehalten werden. Beim Hinsetzen auf den Nachttopf und dgl. begannen sie laut zu schreien; manche etwas ältere Kinder ließen ohne gröbere Lähmungserscheinungen Urin unter sich, nur aus Angst herausgenommen und auf den Nachttopf gesetzt zu werden. Dabei besteht gewöhnlich keine Wirbel- und Nackensteifigkeit, sondern eher eine schmerzhafte Schlaffheit infolge hypotonischer Paresen der Hals- und Rumpfmuskulatur (im Liegen Sinken des Kopfes nach hinten; meist aber kein „Hineinbohren" in die Kissen durch Opisthotonus, sondern ein schlaffes Nachhintensinken und beim Aufsetzen ein schlaffes Fallen des Köpfchens nach allen Seiten sowie eine Schlaffheit der Wirbelsäule). Gar nicht selten bestehen anfänglich auch starke Extremitätenschmerzen (namentlich in den Beinen), die mit intensiver Druckempfindlichkeit der Muskulatur einhergehen können. Dieses diagnostisch ungemein wichtige Frühsymptom der Hyperästhesie ist von der bekannten Überempfindlichkeit bei Meningitis schon durch das Fehlen von Bewußtseinstrübung und echter Wirbelsäulensteifigkeit, sowie durch das Ergebnis der Lumbalpunktion leicht zu unterscheiden. Überhaupt hat die Unterscheidung der Poliomyelitis mit meningealen Erscheinungen von tuberkulöser oder epidemischer Meningitis niemals große Schwierigkeiten gemacht. Ein drittes sehr wichtiges initiales Symptom ist die L e u k o p e n i e (mit gelegentlich erheblicher Herabsetzung der Leukozytenzahl trotz des Fiebers, trotz der gleichzeitigen Angina, Bronchitis und dgl.) Weitere wichtige Kennzeichen des Frühstadiums waren eine gewisse Schläfrigkeit der Kinder sowie eine lokalisierte Müdigkeit und Schwäche in den Extremitäten (namentlich in den Beinen). Sehr frühzeitig trat meist auch eine B a u c h m u s k e l s c h w ä c h e mit Hypotonie der Bauchmuskulatur, M e t e o r i s m u s und V e r s c h w i n d e n der B a u c h d e c k e n r e f l e x e ein.

Meist erst nach einigen Tagen kommt es (aber nur in einem Teil der Fälle) zu ausgeprägten motorischen Lähmungen. Eine gewisse Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit beim Gehen mit Neigung zum Einknicken kann sich freilich schon frühzeitig geltend machen, namentlich dann, wenn die Allgemeinerscheinungen nur gering und die Kinder anfänglich nicht bettlägerig sind. Diese anfängliche Extremitätenschwäche, welche sich unter Verlust der Sehnenreflexe rasch zu groben Paresen steigern kann, wird andererseits bei schweren Allgemeinerscheinungen leicht übersehen; manchmal trat sie erst einige Tage nach Abklingen des Stadium febrile und nach scheinbarer Gesundung der Kinder ein. Zwischen Stadium febrile und Stadium nervosum findet sich ein häufiges Mißverhältnis (schwere Allgemeinerscheinungen mit fast fehlenden Paresen, leichte mit schweren nachfolgenden Lähmungen). Die Lähmungen pflegen an Intensität und

Extensität akut zuzunehmen; andererseits sind sie völliger und häufiger sogar auffallend rascher Rückbildung fähig. In einzelnen Fällen waren schlaffe Paraplegien der Beine und Arme in wenigen Wochen wiederum verschwunden.“
Grätzer.

W. Hildebrand (Freiburg), Zur Diagnostik der Röteln. (Ebenda.) H. schreibt u. a.: „Hinsichtlich der pathogenetischen Auffassung der Lymphdrüsenschwellung bei den Röteln stimme ich Hamburger und Schey durchaus zu. Ich halte sie für einen Ausdruck des Mitergriffenseins der lymphatischen Apparate von der Allgemeininfektion durch das Rötelnvirus, womit wohl im wesentlichen das Gleiche gesagt ist wie mit den Angaben von Hamburger und Schey, „daß bei Röteln fast ausnahmslos eine systematische Lymphdrüsenschwellung vorhanden ist.“

Ein Zeichen des Mitergriffenseins der lymphatischen Apparate von der Allgemeininfektion ist vor allem auch die Milzschwellung, welche für die Erkennung der Röteln oft von der allergrößten Bedeutung ist. Leider wird dieses Symptom viel zu wenig gewürdigt, obwohl die Milzperkussion bei einiger Übung recht brauchbare Resultate gibt, wenn man die Perkussion in verschiedener Stellung (Diagonallage, Rückenlage, Sitzen, Stehen) vornimmt und die charakteristische Verschiebung der (natürlich auf der Haut aufgezeichneten) Grenzen der Milzdämpfung berücksichtigt.

Die Milz war in den von mir beobachteten Fällen stets deutlich vergrößert, die gefundenen Größen bewegten sich zwischen 9×7 und 12×8 cm (bei Erwachsenen).

Gerade der gleichzeitig erhobene Befund von allgemeiner Lymphdrüsenschwellung und leichter Milzschwellung ist bei der Differentialdiagnose der akuten Exantheme oft von ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnose: Röteln.

Auf eines möchte ich noch hinweisen, was in der Röteldiagnostik mehr Beachtung finden sollte, als es bislang geschehen ist, auf den Blutbfund. In meiner oben genannten Arbeit sind die für Röteln charakteristischen Veränderungen des Blutbildes eingehend besprochen worden. Es sei hier nur erwähnt, daß bei Röteln die Zahl der weißen Blutkörperchen stark verminderte oder doch niedrig normale Werte aufweist, als Minimum sind von mir 2840 weiße Blutkörperchen am 3. Krankheitstage beobachtet! Von besonderer Wichtigkeit ist die enorme Zahl der Türkschen Reizungsformen, deren ich zwischen dem 3. und 5. „Exanthemtage“ bis zu 16,76% der Gesamtzahl aller weißen Blutzellen beobachtet habe. Auf die anderen Verhältnisse des Rötelnblutbildes kann ich hier nicht eingehen.

Es wäre sehr erwünscht, wenn diese Befunde an der Hand größerer Rötelnepidemien nachgeprüft würden, vor allem zur Entscheidung der wichtigen Frage, ob eine differentialdiagnostische Scheidung der Masern und Röteln allein aus Blutbilde möglich ist.“
Grätzer.

F. Reiche, Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie. (Aus dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) (Medizin. Klink. 1909. Nr. 49.) In den letzten Jahren wurde mit sehr ge-

steigerten Serumdosen, zuletzt vielfach mit intravenöser Zufuhr vorgegangen, und R. glaubt, Gutes damit erzielt zu haben.

Ausschlaggebend für den Erfolg blieb stets die Zeit, zu der die spezifische Therapie zu Hilfe gezogen werden konnte. Von 766 abgelaufenen Fällen, bei denen der Anfang der Krankheit zweifelsfrei festgestellt ward, standen, als sie das Antitoxin erhielten,

52	am 1.	Krankheitstag, davon starben	2	=	3,8 %
248	„ 2.	„ „ „	21	=	8,5
241	„ 3.	„ „ „	33	=	13,7
141	„ 4. u. 5.	„ „ „	41	=	29,1
45	„ 6. u. 7.	„ „ „	16	=	35,6
39	an späteren Tagen	„ „	8		
766			121	=	15,9 %

Über den vorbeugenden Wert der Antitoxinimpfungen ist R. ebenfalls ausführliche Daten zu geben in der Lage. In dem 29 Monate einschließenden Zeitraum wurden mit suspekten, aber, wie sich ergab, nicht durch Diphtheriebazillen bedingten Rachenbelägen — Streptokokken, Pneumokokken, Meningokokken und das Plaut-Vincentsche Bakteriengemisch wurden bei ihnen als Erreger angesprochen — im ganzen 286 Personen dem Diphtheriepavillon überwiesen und dort wechselnd lange in den gleichen Räumen mit den Diphtheriekranken nach einer alsbald beim Eintritt erfolgten Seruminjektion beobachtet und behandelt. R. erlebte trotz der bei ihnen affizierten und so eher zur Infektion disponiert zu vermutenden Rachenschleimhaut in dieser ganzen Gruppe nicht eine einzige Hausinfektion mit Diphtherie; auch die bei den letzten 185 am Tage der Entlassung durchgeführten Abimpfungen von Rachenschleim auf Hammelserumagar ließen, selbst wenn der Aufenthalt unter den Diphtheriepatienten tage- und vereinzelt wochenlang gedauert hatte, in keinem Falle die spezifischen Mikroben angehen. Während desselben Zeitraums erkrankten von dem ungeimpften Ärzte- und Pflegepersonal 4 Assistenten und 18 Schwestern und Pflegerinnen an Diphtherie, auch hier die größere Hälfte im Laufe der letzten 12 Monate.

Grätzer.

H. Fette, Die Behandlung der Diphtherie mit intravenösen Seruminjektionen. (Aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Medizin. Klinik. 1909. Nr. 50.) Das Material umfaßt 145 Fälle, die in den letzten 3 Monaten intravenös gespritzt worden sind. Zu gleicher Zeit sind viele Fälle subkutan behandelt worden, größtenteils deshalb, weil es technisch wegen Obesitas oder Feinheit der Gefäße nicht möglich war, die Nadel in die Vene einzuführen. Verschiedentlich wurde bei sehr schweren Fällen, wo es nötig wurde, die Vene für die Injektion freigelegt. Die Menge des Serums betrug nicht unter 3000 Immunitätseinheiten. Es wurde vereinzelt bis zu 8000 Immunitätseinheiten, die man auf einmal injizierte, gestiegen.

Der größte Teil der Kranken wurde in den ersten 3 Krankheitstagen eingeliefert. Die Gesamtmortalität beträgt für diese Zahl 6,74 %. Vergleicht man hiermit die Sterblichkeitsziffer der nach dem 3. Krankheitstage aufgenommenen, so erhält man 30,55 %. Schon diese Zahlen

weisen mit zwingender Notwendigkeit auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Seruminjektion hin. Vor der Aufnahme hatten Serum erhalten 5, von denen 1 starb.

Die Gesamtmortalität der 145 Fälle beträgt 13,8 %. Zieht man die moribund aufgenommenen und die in den ersten 24 Stunden verstorbenen Fälle ab, so bleibt 8,5 %. Durch hämorrhagische Diathese kompliziert waren 19, davon starben 14: Die Prognose dieser Komplikation gilt von jeher als pessima. Operiert wurden 19 Kranke, 17 männliche, 12 weibliche. Die Mortalität betrug 42,1 %.

Wichtig ist nun die Entscheidung, ob man durch die intravenöse Methode einen größeren und sicheren Erfolg zu erwarten hat als durch die subkutane Injektion. Zu diesem Zweck wurden 2 Gruppen, die während der gleichen epidemischen Häufung der Diphtheriefälle aufgenommen sind, verglichen. Dabei zeigte sich nun, daß von 50 als schwer zu bezeichnenden Fällen 17, von der gleichen Anzahl subkutan Behandelter 22 gestorben sind. Es wird jedoch noch weiterer Beobachtung bedürfen, um ein abschließendes Urteil über den Wert dieser Therapie zu erhalten. Jedenfalls gelang es, einen Teil der als schwerste Infektion anzusehenden Fälle, nämlich solche mit hämorrhagischer Diathese komplizierten, durchzubringen. Grätzer.

Fritz Härtel, Über die Rückgratsverkrümmungen bei Tieren, insbesondere bei unseren Hausvögeln. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 98. S. 2.) Die Hausvögel, besonders die Hühner, erkranken verhältnismäßig häufig an einer als typisch anzusprechenden Rückgratsverkrümmung, der dorsosakralen Kyphoskoliose. Es bestehen in Anatomie und Ätiologie dieser Deformität gewisse Analogien mit der habituellen Skoliose des Menschen.

Kyphoskoliosen der vierfüßigen Säugetiere sind selten, atypisch und durch lokale Prozesse zu erklären.

Auch bei niederen Wirbeltieren, bei Fischen und Schlangen, kommen Wirbelsäulendeformitäten vor, bei Fischen zum Teil endemisch. Ihre Ursachen sind noch wenig bekannt.

Rückgratsverkrümmungen auf Grund kongenitaler Wirbelvariationen finden sich bei allen Klassen der Wirbeltiere. Joachimsthal.

Oehme, Über die Beziehungen des Knochenmarkes zum neugebildeten, kalklosen Knochengewebe bei Rachitis. (Beiträge z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 44. 1908.) Verf. hat 13 Fälle von Rachitis aus verschiedenen Stadien untersucht. Die mikroskopischen Befunde sind im Detail angegeben. Unter Vergleich der erhobenen Befunde mit den in der Literatur niedergelegten kommt Verf. zu Resultaten, die er wie folgt zusammenfaßt.

1. Frühestes und während der ganzen Dauer der Krankheit in allen Skeletteilen vorhandenes Zeichen der Rachitis ist das Ausbleiben der Verkalkung im neugebildeten Knochengewebe und im Knorpel der Wachstumszonen (Pommer-Schmorl).

2. Das Knochenmark zeigt in Fällen beginnender Rachitis keine Veränderungen oder doch nur eine geringe Abnahme der myeloiden Zellen in der Peripherie der primären und subchondralen Markräume (Schmorl).

3. Die Osteomyelitis fibrosa osteoplastica (Endostitis Zieglers), die beim Fortschreiten der Rachitis in manchen Skeletteilen auftritt, hat zum Ausbleiben der Verkalkung des jungen Knochens keine Beziehung. Sie wird, wie die übermäßige rachitische Knochenproduktion überhaupt, nicht nur durch die Reize hervorgerufen, die Muskel-, Sehnen- und Faszienzug sowie Druckschwankungen an den Knorpelknochengrenzen ausüben (Pommer), sondern durch die ganze Summe mechanischer, statischer und dynamischer Einwirkungen, denen das weiche rachitische Skelett in erhöhtem Maße ausgesetzt ist.

Bauer (Jena).

Plate, Über Vibrationsbehandlung bei Herzleiden. (Zeitschr. f. phys. u. diätet. Therapie. Bd. 13. Heft 2.) Der Verf. legt auf Grund eigener Untersuchungen eine Lanze für die Vibrationsbehandlung bei Herzleiden ein. Fast regelmäßig hat er unter dieser Behandlung eine nicht gewöhnliche subjektive und objektive Besserung der Kranken gesehen, gleichviel ob es sich um organische oder nervöse Herzleiden handelte. Die Besserung war zweifellos nicht eine rein suggestiv bewirkte, sondern hauptsächlich bedingt durch eine Verbesserung der Ernährungsverhältnisse und der Innervation des Herzens. Man kann demnach die Vibration bei allen Fällen von nervösen und organischen Herzleiden anwenden, ohne befürchten zu müssen, Schaden zu stiften; denn sie mutet dem Herzen keinerlei Anstrengung zu. Vielmehr schafft sie in den meisten Fällen große Erleichterung.

Freyhan (Berlin).

Cohen, Über die Phlyktäne bei Erwachsenen. (Aus der Univ.-Augenklinik Breslau.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1909.) Die Frage nach der Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündungen ist in den 12 Jahren in eingehenden Arbeiten behandelt worden, die sich jedoch zumeist nur mit dem Kindesalter beschäftigen. Interessant und wichtig ist nun ein Vergleich mit dem Auftreten dieser Erkrankung bei älteren Individuen.

Auffallenderweise stellt die — übrigens relativ seltene — phlyktänuläre Erkrankung des Erwachsenen sich größtenteils als isolierte Solitärphlyktäne dar, im Gegensatz zu den multiplen Randphlyktänen, wie sie sich bei Kindern meist stippchenartig an der Zirkumferenz des Hornhautrandes zeigen.

Bei Erwachsenen tritt die Phlyktäne, unter Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, in jüngeren und mittleren Jahren fast völlig unabhängig von der phlyktänulären Erkrankung des Kindesalters auf, und ihr Erscheinen sollte — ohne bindende Schlüsse — den Arzt veranlassen, den betreffenden Patienten genau auf eine etwa beginnende Tuberkulose hin zu beobachten.

Sommer (Zittau).

Florio Sprecher, Favus beim Neugeborenen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910. Bd. XCIX. Heft 3.) Bei einem gesunden, kräftigen Kinde zeigten sich in der dritten Lebenswoche an der Schläfengegend und auf dem Rücken erythematöse, wenig erhabene Flecke, welche dann gelbe Pünktchen bekamen und sich in einigen Tagen zu typischen Favusskutula entwickelten. Kulturen ergaben Achorion Schönleinii.

Alle Menschen, welche mit dem Kinde in Berührung kamen, waren frei von Favus, doch hält Verf. eine Übertragung von Mäusen oder Katzen nicht für unmöglich. Max Joseph (Berlin).

Edvard Welander, Fall von Ecthyma térébrant de l'enfance. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910. Bd. XCIX. Heft 3.) Das 3jährige, normal entwickelte Kind hatte einen Lungenkatarrh überstanden, als es an einer Dermatose erkrankte, die zuerst als kleine, schleimige Flüssigkeit enthaltende Bläschen erschien, welche sich ausbreiteten, erst flach blieben, dann zentral einsanken, nekrotisierten und bei der Abstoßung scharf unveränderte Geschwüre mit grauem Boden und eitrigem Sekret hinterließen. Die Geschwüre begannen an den Händen und verbreiteten sich über After, Gesäß und Kopf, bei der Abheilung bildeten sich bräunliche Borken. Unter Mattigkeit und Abmagerung traten Temperatursteigerungen hinzu. Die inneren Organe ergaben keinen Befund, Wassermannsche Reaktion und Tuberkulininjektion blieb negativ, hingegen Pirquet positiv. Im Sekret fanden sich nur Staphylokokken, im Hautschnitt starke Rundzelleninfiltration. Unter Umschlägen mit Hg-Zyanid heilten allmählich die Geschwüre, das Fieber, sowie eine geringe Albuminurie verschwanden, die Kräfte hoben sich. Schwellung der Armgelenke und Drüsen ließen Tuberkulose vermuten. Verf. ist aber der Meinung, daß diese Tuberkulose nur indirekt auf die Geschwürsbildung, welche er für ein Ecthyma térébrans hält, eingewirkt hat, indem sie die Widerstandskraft gegen die pathogenen Bakterien herabsetzte. Die Bakterien wurden wahrscheinlich von einer anderen Stelle auf die Haut übertragen, worauf dann wiederum toxische Stoffe in den Organismus drangen und dort das Fieber und allgemeine Störungen verursachten. Das Quecksilberzyanid bewährte sich von gleicher Wirkung wie Sublimat, ohne dessen Reiz auf die Haut auszuüben. Max Joseph (Berlin).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Hans Brun, Über die v. Mosetigsche Jodoformknochenplombe. (Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1909. Nr. 4. S. 105.) B. hat seit 4 Jahren in allen geeigneten Fällen, speziell bei der Tuberkulose, die v. Mosetigsche Plombe mit Vorteil verwendet. Er empfiehlt, bei gesicherter Diagnose den Fungus gründlich im gesunden zu exstirpieren und die resultierenden starren Höhlen zu plombieren. Joachimsthal.

Ph. Bourdillon, Rapport de la commission de la maladie de Barlow. (Revue médicale de la suisse romande. 20. Januar 1908.) Die medizinische Gesellschaft in Genf hat eine Enquête über die Verbreitung der Barlowschen Krankheit in der Schweiz veranstaltet, deren Resultate durch den Berichterstatter B. mitgeteilt werden: Danach muß die Krankheit in der Schweiz eine große Seltenheit sein, denn von 71 Ärzten, von denen Antworten eingelaufen sind, erklären nur 5, daß sie Fälle gesehen haben. Von 10 Kranken kommen 6 auf Genf. Eine Immunität der Rasse existiert nicht. Die Ernährung

spielt natürlich eine kapitale Rolle. Die Krankheit tritt vor allem bei den Kindern auf, die ausschließlich mit einer bei hoher Temperatur sterilisierten industriellen Milch oder mit den sogenannten „Spezialitäten" (9 mal auf 10 Fälle) ernährt werden, weit seltener dagegen bei den mit einer nach Soxhlet zu Hause sterilisierten Milch ernährten Kinder (1 mal auf 10). Die Seltenheit des Morbus Barlow in diesem letzteren Fall ist um so größer, als diese Ernährungsweise sehr verbreitet ist. Im allgemeinen kommt der Bericht zu dem Schluß, und darin deckt er sich mit den seit langem festgehaltenen Anschauungen, daß eine Nahrung, je mehr sie chemischen oder physikalischen Modifikationen unterworfen wird, die sie von der Zusammensetzung im frischen Zustand entfernen, um so mehr beim Kinde Barlowsche Krankheit hervorbringt. Auch über die therapeutischen Maßnahmen weiß der Bericht nichts anderes zu sagen, als was heute als Regel gilt.

H. Netter (Pforzheim).

Deléarde und **Minet**, Familiäre spastische Paraplegie. (Écho médical du Nord und Revue de médecine.) Es handelt sich um ein 3 jähriges Mädchen, dessen Vater ein Trinker ist, aber eine syphilitische Erkrankung in Abrede stellt, und dessen Mutter gesund ist und 9 Kinder geboren und keine Fehlgeburten gehabt hat. Die Mehrzahl der Kinder hat an nervösen Erkrankungen gelitten: eines an Konvulsionen im 8. Jahr, ein anderes an Chorea, eines starb, $4^1/_2$ Jahre alt, mit steifen Gliedern, spastischem Gang und Tremor. Die anderen Kinder schienen gesund, mit Ausnahme eines Knaben, der mit $5^1/_2$ Jahren mit den Erscheinungen der spastischen Paraplegie starb. Die Geburt des 3 jährigen Kindes war schwierig und mußte künstlich beendet werden. Mit 15 Monaten konnte das Kind gehen, aber im 2. Jahr wurde Gehen und Stehen schwierig, später auch das Sprechen. Jetzt sind die Beine steif, die Füße in Hyperextension, das Gehen unmöglich. Die Arme sind leicht ataktisch, zittern aber nicht. Geringe Lordose. An den Augen keine abnormen Erscheinungen. Sprechen und Schlucken erschwert, die Nahrung kommt wieder zur Nase heraus. Die tiefen Reflexe sind gesteigert, die Hautreflexe normal, die Sphinkteren intakt, die Intelligenz normal. Quecksilber und Tod ergaben keinen Effekt. Später gesellten sich leichte Grußbewegungen hinzu, die sich dem Rumpfe mitteilten. Sehr wertvoll ist die von den Verff. gegebene Darstellung aller bisher publizierten Fälle, denen die eigene als sechzigste sich anschließt.

H. Netter (Pforzheim).

Hutinel, Méningites urémiques. Méningites scarlatineuses. (Progrès médical. 1909. Nr. 9.) Nach einigen orientierenden Notizen über die Geschichte dieser urämischen Meningitiden oder meningealen Zustände wendet sich die klinische Vorlesung der Beschreibung eines Krankheitsfalles bei einem 15 jährigen Knaben zu. Kurz resumiert handelte es sich um eine akute postskarlatinöse Nephritis mit Anasarka, die zunächst nach einem Aderlaß eine Besserung der urämischen Erscheinungen zeigte, aber dann neuerdings ein, auf Rechnung eines kleinen Injektionsabszesses am Oberschenkel gesetztes Fieber und weiterhin Symptome (Konvulsionen, Koma) bot, die der Urämie zu-

geschrieben wurden, die nach dem Ergebnis der Lumbalpunktion und Autopsie jedoch von einer eitrigen Zerebrospinalmeningitis herrührten.

Zwei Punkte machen die vorstehende Beobachtung bemerkenswert: erstens das Auftreten einer Meningitis im Verlauf einer Scharlachnephritis und zweitens die Schwierigkeit der Differenzierung dieser Konvulsionen meningealen Ursprungs von den eklamptisch-urämischen Zufällen im Verlauf des Scharlachs, Unterscheidungen, die dadurch noch besonders schwierig werden, daß es Urämien gibt, die eine Meningitis absolut vortäuschen. Zwei amerikanische Ärzte, Johnson und Tuttlé, teilen davon zwei typische Fälle mit, und Parrot hat sie ausführlich geschildert. Indes ist auch die Existenz der skarlatinösen Meningitis heute unbestreitbar, wenn sie auch früher von Reimer, Thomas, Eichhorst, Trousseau geleugnet worden ist. Häufiger freilich handelt es sich um sekundäre Meningitiden nach Mittelohrerkrankung oder eine Infektion der Nachbarhöhlen (Nase usw.), und bei der Frequenz dieser Affektionen bei Scharlach muß man sich beinahe wundern über die Seltenheit selbst dieser Form der Meningitis. Interessanter dagegen sind die skarlatinösen Meningitiden, nicht als Resultat einer Infektion per contignitatem, sondern einer veritabeln Septikämie, einer durch Streptokokken in einem Falle von Teissier, durch Pneumokokken in dem von H. Die erstmalige Lumbalpunktion hatte die Integrität der Spinalflüssigkeit ergeben und zu diesem Zeitpunkt die Diagnose „Urämie“ bestätigen helfen; dann kam es, dank dem Anasarka, zu einer lokalen Infektion, zu einem Abszeß, zu einer schnellen Diffusion der Bakterien und so wahrscheinlich zur Entwickelung einer Septikämie. Warum nun diese Lokalisation auf den Meningen, während es doch sonst beim Scharlach vielmehr die Gelenke, das Perikard, das Endokard sind, die angegriffen werden? Vielleicht — das ist die Hypothese von H. — waren Meningen und Mark des Kindes durch die primären urämischen Vorgänge mehr oder minder alteriert und einer Infektion gegenüber weniger widerstandsfähig. Sie waren durch die Urämie gewissermaßen vorbereitet („angebeizt“ sagt H.), und der infektiöse Keim konnte sich in elektiven Sinn am Gehirn lokalisieren. Vielleicht aber auch wird diese sekundäre meningeale Septikämie außer durch die mit der Urämie einhergehenden toxischen Prozesse in gewissen Fällen endlich durch eine uns noch unbekannte Ursache begünstigt.

H. Netter (Pforzheim).

Mc Clure, Hydrocephalus treated by drainage into a vein of the neck. (Bull. of the Johns Hopkins Hospital. April 1909. Nr. 217.) Verf. hat die Anwendung dieser, zuerst von ihm an 6 Hunden studierten Methoden an einem 10 monatigen, rechtzeitig geborenen, seit Geburt hydrozephalischen Kinde versucht. Dieses Kind hatte bereits zahlreiche Lumbal- und Ventrikelpunktionen überstanden und 6 Monate vorher war die Seitenwand des rechten Ventrikels durch eine unter dem rechten Temporallappen laufende Inzision eröffnet worden. Bei einer Untersuchung des kindlichen Kopfes in der Sagittallinie gegen helles Licht wurde die operierte Seite viel transparenter als die linke Seite gefunden. Verf. nahm auf der rechten

Seite einen Hydrocephalus externus an, mit Flüssigkeitsansammlung im Subduralraum. Unter lokaler Anästhesie wurde beim Vater ein Segment der Vena cephalica mit der Ellenbogenbifurkation freigelegt. Über die rechte Regio suboccipitalis des Kindes wurde eine Längsinzision gemacht und über den Hals, gegen das Schlüsselbein hin, in die Nachbarschaft der Jugularis externa, fortgesetzt. Trepanation von 2,5 cm Durchmesser, die die Dura mater im Niveau des rechten Kleinhirnlappens freilegt. Nun wurde ein Duralappen umschnitten, mit der Basis gegen den Hals und in der Mitte durchlocht. Durch diese kleine Öffnung wurde das Segment der Vena cephalica hindurchgeführt und im Niveau des rechtwinkligen, durch die Durchtrennung der beiden Teilungsäste der Vene entstandenen Lappens eingenäht. Das Ende des Gefäßes wurde unter dem Splenius bis zum unteren Abschnitt des hinteren Halsdreiecks geführt und, bout à bout, mit der Jugularis externa oberhalb von zwei Klappen, anastomosiert. Naht der Wunde ohne Drainage. Das Kind ertrug die Operation, die Fontanelle blieb weich, aber nach einigen Stunden kam es zu ganz plötzlicher Temperatursteigerung, der sehr rasch der Tod folgte.

H. Netter (Pforzheim).

D. Fitzwilliams, Case of congenital scoliosis. (Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dezember 1908.) Das Kind wurde mit einer, von der Mutter schon bei der Geburt bemerkten Verbiegung der Wirbelsäule in das Hospital gebracht. Man hatte von Rachitis gesprochen und das Kind deshalb am Sitzen verhindert, ohne Erfolg. Zur Zeit der Vorstellung ist es 16 Monate alt, gesund und fett. Inkurvation der Lendengegend, Konvexität rechts, die eine Schulter höher wie die andere. Keine Kontraktur, die Deformation läßt sich vielmehr leicht zum Verschwinden bringen. Keine Rachitis, kein Malum Pottii, keine Tuberkulose. Allgemeiner Gesundheitszustand ausgezeichnet.

Die Radiographie zeigt als Ursache der Inkurvation so eine Art von überzähligem Lendenwirbel und führte so die Annahme einer Wirbelkaries oder Rachitis zum Ausschluß. Einige Fälle von angeborener Skoliose sind mitgeteilt von Bonnaire und Mouchet.

H. Netter (Pforzheim).

Pablo Lozano, Hernia inguinal estrangulada en una niña de quatro años cuyo contenido era la trompa derecha. (Revista ibero-americana de ciencias médicas. Januar 1909. T. XXI.) Das Wesentliche der interessanten kasuistischen Mitteilung ist in der Überschrift enthalten. Das Kind wurde schon bald nach der Operation in gutem Allgemeinzustand entlassen. H. Netter (Pforzheim).

Pablo Lozano, Sarcoma gigante del testiculo izquierdo en un niño de seis años. (Revista ibero-americana de ciencies médicas. Februar 1909. T. XXI. Mit 2 Photographien.) Das Wesentliche der kasuistischen Mitteilung ist schon im Titel enthalten. Die eine Photographie zeigt den Knaben mit dem mächtigen Tumor vor Operation, die andere nach derselben. Histologisch handelte es sich um die so bösartige Rundzellenform. Über das weitere Schicksal des Knaben will Verf. später wieder berichten. H. Netter (Pforzheim).

Thoma Jonnescu (Bukarest), Die allgemeine Rachianästhesie. (Revista de chirurgie. Februar 1909.) Der Verf. hat bereits auf dem letzten internationalen chirurgischen Kongreß in Brüssel über eine größere Anzahl von Operationen, die er mittels Rückenmarkanästhesie operiert hat, berichtet, da er aber seither seine Methode mannigfach vereinfacht und verbessert hat, so dürften die Ausführungen der vorliegenden Arbeit gewiß von allgemeinem Interesse sein.

Für das Gelingen des Eingriffes ist die Technik von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit und soll dieselbe in folgendem näher beschrieben werden. Die unempfindlich machende Flüssigkeit ist eine Strychnin-Stovainlösung, deren Herstellung folgende ist.

Man benützt sterilisiertes und nicht destilliertes Wasser und stellt sich hiermit zwei Lösungen her: die eine enthält 5 und die andere 10 cg schwefelsauren Strychnins per 100 ccm Wasser. Man hat also eine Lösung, die $^1/_2$ mg und eine andere, die 1 mg Strychnin per Kubikzentimeter, also per Pravazsche Spritze, enthält. Die, je nach dem Falle separat abgewogene Menge Stovain wird in einem sterilisierten Röhrchen bereit gehalten und kurz vor Gebrauch 1 ccm von der anzuwendenden Strychninstammlösung hinzugefügt. Die anästhesierende Lösung soll jedesmal frisch hergestellt werden, da sie sonst von ihrer anästhesierenden Kraft verliert, hingegen kann die Strychninlösung durch mehrere Tage ohne Schaden aufbewahrt werden. Ein Sterilisieren der Stovainlösung ist nachteilig und auch unnütz, da das Stovain selbst ein kräftiges Antiseptikum ist.

Was die Dosis des Strychnins anbetrifft, so wird bei Kindern bis zu 10 Jahren 1 ccm der schwächeren Lösung benützt, also $^1/_2$ mg Strychnin eingespritzt; dieselbe Dosis wendet man im Jünglingsalter und bei Erwachsenen an, falls es sich um Operationen an Kopf, Hals, Brust und oberen Extremitäten handelt und die obere Dorsalpunktion ausgeführt werden soll. Für die Dorsolumbaleinspritzung kommt die stärkere Strychninlösung zur Anwendung. Die Menge des Stovains variiert in weiteren Grenzen. Für die obere Dorsalpunktion genügen 2—3 cg Stovain, falls eine rasche Operation auszuführen ist. Sonst müssen 3 cg eingespritzt werden. Die mittlere Stovaindosis für Operationen am Bauche, dem Becken, Perineum, äußeren Genitalorganen und unteren Extremitäten beträgt 8 cg, während bei Geschwächten, Kachektikern und Blutarmen man auf 6 und 5 cg hinunter gehen muß. Die Dosis für Kinder unter 10 Jahren beträgt 3—4 cg Stovain und variiert je nach Alter und Entwicklung des Kindes. Diese Dosen haben in der Hand des Verf.s keinerlei nachteilige Wirkungen hervorgerufen und war die Anästhesie, seltene Ausnahmen abgerechnet, immer eine vorzügliche. War dies nicht der Fall, so genügte es, die Dosis noch einmal einzuspritzen, um vollständige Unempfindlichkeit zu erzielen.

Die Einspritzungen werden zwischen ersten und zweiten Dorsalwirbel für die Operationen an der oberen Körperhälfte und zwischen letzten Rücken- und ersten Lendenwirbel für diejenigen der unteren Körperhälfte gemacht. Die Einspritzungen an anderen Stellen der Wirbelsäule wurden vollständig aufgegeben, da es sich herausgestellt

hat, daß man mit den erwähnten zwei Elektionsstellen für alle Fälle vollständig auskommt.

Die Unempfindlichkeit tritt nach 2—10 Minuten ein, und zwar bei den oberen Einspritzungen rascher als bei den unteren, dauert durchschnittlich 50 Minuten, mitunter auch $1^1/_4$ Stunde. Bei länger dauernden Operationen kann durch erneute Injektion die Zeitdauer der Anästhesie bis auf 2 Stunden verlängert werden. Nur bei den oberen Dorsalanästhesien ist Vorsicht wegen möglicher Lähmung des Bulbus geboten.

Von Wichtigkeit ist die Lage des Patienten nach vorgenommener Einspritzung. Soll am Kopfe oder den oberen Extremitäten operiert werden, so muß der Kranke nach der in sitzender Stellung ausgeführten Injektion niedergelegt werden, da so die Lösung am leichtesten nach oben hin diffundiert. Für Vornahme der Brustanästhesie bleibt der Patient nach der Einspritzung 3—4 Minuten sitzen und muß dann während der Operation mit erhöhtem Kopfe und Rumpfe gehalten werden, um die Diffusion der Flüssigkeit nach oben möglichst zu verhindern. Für die untere Abdominalanästhesie wird der Kranke nach der Dorsolumbaleinspritzung 2—3 Minuten in sitzender Stellung erhalten und dann in Rückenlage gebracht.

Bemerkt soll noch werden, daß durch unvorhergesehene Bewegungen des Kranken vor Ausführung der Einspritzung Verschiebungen der Nadelspitze vorkommen können und so die Lösung statt in den Interarachnoidealraum zwischen Dura mater und Knochen gelangt, wodurch entweder gar keine Unempfindlichkeit, oder nur eine sehr unvollkommene zustande kommt. In solchen Fällen zögert J. nicht, eine zweite, eventuell auch eine dritte Einspritzung nachfolgen zu lassen, wodurch immer der gewünschte Erfolg erzielt wird. Tritt nach 10 bis 15 Minuten die Anästhesie nicht ein, so kann mit Sicherheit angenommen werden, daß die eingespritzte Lösung nicht an die richtige Stelle gelangt ist. Auf solche mangelhaft ausgeführte Einspritzungen sind eben die von manchen gemeldeten resultatlosen Lumbalanästhesien zurückzuführen.

Der Verf. hat die allgemeine Anästhesie mit Chloroform oder Äther vollkommen verlassen. Alle seit Oktober 1908 auf seiner chirurgischen Klinik ausgeführten Operationen, gleichgültig von welcher Ausdehnung und Zeitdauer, sowohl an Weichteilen, als auch an Knochen und Gelenken, wurden mit Stovain-Strychninlösung-Anästhesie ausgeführt und hierbei kein einziger Todesfall verzeichnet. Auch unangenehme Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Stuhlinkontinenz, profuse Schweiße, wurden nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Die Anzahl der dorsolumbalen Anästhesien betrug im letzten Halbjahre 217 Fälle und die der oberen dorsalen 70 Fälle, was zusammen mit den bereits an anderer Stelle veröffentlichten eine Gesamtzahl von 904 mit Rachianästhesie operierten Fälle ergibt. Die Einwände der Gegner dieser Operationsmethode müssen also als unbegründet und als auf unrichtiger Technik beruhend betrachtet werden. E. Toff (Braila).

Gr. Jacobson (Bukarest), Maritime Sanatorien. (Revista stiintzelor medicale. August 1909.) Die sehr günstigen Erfolge, welche

durch maritime Heilanstalten namentlich bei Skrofulose, Rachitis, lokaler Tuberkulose und beginnender, geschlossener Tuberkulose zu erzielen sind, werden durch zahlreiche Statistiken zur Genüge erhärtet. Daß dies für die Allgemeinheit nicht gleichgültig sein kann, zeigt die große Anzahl von Rekruten, welche gerade wegen jener Zustände als untauglich befunden werden, die an der Meeresküste geheilt worden wären, falls man die betreffenden in ihrer Kindheit einer maritimen Behandlung hätte teilhaftig werden lassen. Tausende schleppen infolgedessen schwere Gebresten durchs Leben, bekommen später offene Tuberkulosen und werden hierdurch eine direkte Gefahr für die umgebende Menschheit. Eine Vermehrung der bestehenden maritimen Sanatorien ist also ganz besonders wünschenswert und dies hauptsächlich in Rumänien, wo nur ein einziges derartiges Institut in der Nähe von Konstanza, am Schwarzen Meere, besteht, wo ganz außerordentliche therapeutische Erfolge durch Kombination von Meerluft mit balneologischer Behandlung durch die kräftige Jodsole von Tekir-Ghiol erzielt werden. Namentlich ist die günstige Beeinflussung und Heilung lokaler Tuberkulosen bei Kindern eine ganz staunenerregende.

E. Toff (Braila).

P. Heim, Ernährungsstörungen im Säuglingsalter und deren Behandlung. (Klinikai finetek. Juni 1909.) H. hebt den großen therapeutischen Wert der Verabreichung von physiologischer Kochsalzlösung hervor.

Ernö Deutsch (Budapest).

E. Lèvai, Behandlung der Verdauungsstörungen der Säuglinge. (Gyògyàscat. Juni 1909.) L. rühmt die mit Tannigen erzielten Erfolge (0,3 × 0,5 pro dosi 3 mal täglich).

Ernö Deutsch (Budapest).

D. Lenkei, Der Plattensee. (Budapesti orvosi ujság. Juni 1909.) Klima gleicht jenem am Meeresufer: hoher Luftdruck, Lufttemperatur bewegt sich innerhalb enger Grenzen, doch sind Bewölkung und Winde seltener. Schlamm und Wasser des Sees sind stark radioaktiv.

Ernö Deutsch (Budapest).

W. Schöneich, Über die Häufigkeit und die Symptomatologie der rhino-pharyngealen Adenoiden bei den Kindern. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Bd. I. Heft 4 u. 5. S. 381.) Die verschiedenen dem Verf. bekannten Statistiken über die Häufigkeit der rhino-pharyngealen Adenoiden bei Kindern weisen beträchtliche Unterschiede auf. Dieselben sind auf die Verschiedenheit der statistischen Methoden sowie des Milieus (Schul-, Spital-, Poliklinikkinder), endlich auf die Grenze, die der betreffende Verf. zwischen dem normalen und adenoiden Gewebe zieht, zurückzuführen. Die Durchschnittsziffer beträgt 31%. Verf. hat die Kinder eines polnischen Gymnasiums in Lodz untersucht: Von den 266 Schülern fanden sich bei 24% adenoide Vegetationen ersten Grades, bei 33% zweiten Grades, bei 17% dritten Grades vor. Der Verf. hat sich bei der Beurteilung des Grades an das Schema von Finkelstein gehalten, besonders aber die Symptome der Gehörstörungen und der Beeinträchtigung der allgemeinen physischen Entwicklung beachtet. Die vom Verf. aufs sorgfältigste gesammelten und in Tabellen zusammengefaßten An-

gaben über die geistige Entwicklung der Schüler und ihre Fortschritte in der Schule liefern, wie der Verf. selbst betont, keine Beweise von einem direkten Zusammenhange zwischen der geistigen und physischen Minderwertigkeit der Kinder und den adenoiden Vegetationen. Vielmehr hängt dieselbe von der Hauptkrankheit (wie Lues, Rachitis, Tuberkulose mit Skrofulose, Lymphatismus, exsudative Diathese, Psycho- und Neuropathie usw.) ab. Die Behandlung ist von dem Grundleiden abhängig und demnach in jedem einzelnen Falle strenge zu individualisieren. Ein chirurgischer Eingriff ist nur in zwei Fällen berechtigt: entweder wenn Gehörstörungen oder wenn starke Atembeschwerden auftreten.

M. Michalowicz (Warschau).

Morosow, Die Diphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen. (Medicinskoje obozrenje. 1909. Nr. 3.) Die Diphtherie tritt, wie bekannt, bei Neugeborenen und Säuglingen meistens in der Form einer Nasendiphtherie auf. Der Verf. verfügt über ein Material von 600 Diphtheriefällen mit 53% Nasendiphtherie. Die Frage, warum gerade die Nase in diesem Alter eine Prädilektionsstelle für die Diphtherie ist, kann zweifach beantwortet werden: 1. die kleinen Kinder atmen nur durch die Nase, 2. „putzen" Mütter, die, glücklicherweise, keine Idee von einer „Mundpflege" haben, die Nase der Kleinen gewöhnlich mit schmutzigen infizierten Fingern. Die Prognose bei der Säuglingsdiphtherie ist ziemlich infaust, weil die Infektion sich rasch über die Schleimhaut der Choanen und des Rachens bis in die Trachea und Bronchien hinein fortpflanzt und erst ziemlich spät auffallende Symptome hervorruft. Die Serumbehandlung (1000—3000 AE) gibt selbstverständlich desto erfreulichere Resultate, je früher sie vorgenommen wird. Die Mortalität betrug in diesem Alter in der Vorserumzeit 94,13%, gegenwärtig ist dieselbe auf 88—74% gesunken. Die Art der Ernährung scheint dabei eine wesentliche Rolle zu spielen; so wiesen die künstlich ernährten Säuglinge einen Prozentsatz von 88,48%, die Brustkinder nur 61,45% der Mortalität auf. Dazu muß noch der Umstand in Erwägung gezogen werden, daß die Kleinen ziemlich spät in Behandlung des Arztes kommen; 26,3% aller Fälle des Verf.s waren schon als moribund aufgenommen und überlebten nicht die ersten 24 Stunden des Spitalaufenthaltes. Die prophylaktischen Maßregeln gegen die Verbreitung einer Epidemie im Findelhause faßt der Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Jede aufgenommene Mutter wird samt ihrem Kinde bakteriologisch (Kultur) auf Diphtherie untersucht; während der Untersuchungszeit verweilen beide in einem Isolierraume. 2. Die Kinder müssen an der Brust unter Beobachtung aller hygienischer Vorschriften genährt werden. 3. Beim Auftreten neuer Erkrankungen muß das Nasensekret sämtlicher Kinder bakteriologisch untersucht werden. Die krank gefundenen werden isoliert. 4. Den Kranken soll möglichst schnell ein Quantum von 1000—3000 AE Diphtherieheilserum injiziert werden. 5. Große Findelanstalten und Kinderasyle müssen dezentralisiert werden. Auf die prophylaktische Injektion des Serums legt der Verf. wenig Wert, da die dadurch erzielte Immunität doch nicht länger als 2—3 Wochen dauert.

M. Michalowicz (Warschau).

Tschikuaweroff, Die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Scharlach und Malaria. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 29.) Im primären Stadium erhielt er einmal ein positives Resultat bei einer 2 Monate alten, ohne Sekundärerscheinungen bestehenden Sklerose. Im sekundären Stadium ergaben 92% der unbehandelten Fälle eine positive Reaktion; bei bereits behandelten Fällen war in etwa einem Drittel der Fälle das Resultat negativ. T. rät in solchen Fällen, nach einer längeren Pause die Untersuchungen zu wiederholen; meistens wird dann die Reaktion positiv. Bei der latenten Lues erhielt er in Übereinstimmung mit den Angaben der Literatur zwischen 20—50% positive Resultate; bei den parasyphilitischen Erkrankungen, vor allem bei der progressiven Paralyse war der Befund meistens positiv. Beim Scharlach wurden unter 21 Fällen 3 positive gefunden; unter 8 Fällen von Malaria ließ sich kein einziges Mal ein positiver Befund konstatieren.

S. Rubinstein (Riga).

O. Federici, Über unangenehme Folgen der Ophthalmoreaktion. (Clin. med. Ital. 1908. Nr. 10.) Aus der Kinderklinik zu Rom (Prof. Concetti) beschreibt Verf. einen Fall von Keratitis ulcerosa nach der Ophthalmoreaktion und bespricht ausführlich an der Hand einer reichen Literatur (159 Nummern) die bisher beobachteten unangenehmen Folgen der Ophthalmoreaktion. Sie sind relativ selten: unter 7000 Fällen fand er nur 42 mit unangenehmen Folgen: sie bestanden in einer stürmischen Reaktion in 17, in Augenläsionen in 25 Fällen, von denen aber nur 6 schwerere Veränderungen zurückließen. Vermeidbar wären von den 42 Fällen 11 sicher gewesen, während in 10 nähere Angaben fehlen. Von den verbleibenden 21 nicht vermeidbaren Fällen bestand in 8 eine stürmische Reaktion, in 2 eine ulzeröse Keratitis, in 10 (soll wohl heißen 16?) eine stets ausheilende phlyktänuläre Keratitis. Von den oben erwähnten 7 Fällen mit Ausgang in schwere Veränderungen betrafen 4 vorher kranke Augen, während in 2 nähere Angaben fehlen. Zur Vermeidung übler Folgen fordert Verf.: 1. die Vermeidung kranker Augen, 2. die Vermeidung wiederholter Instillationen, 3. die Kenntnis der Qualität, des Titers, der Reinheit des verwendeten Präparats, 4. sorgfältige Hygiene des Auges vor und nach der Instillation.

M. Kaufmann.

G. B. Allaria, Die epidurale Punktion bei essentieller Enuresis der Kinder. (Gazz. d. osped. 1909. Nr. 50.) Die Erfolge des Verf.s mit der Cathelinschen Methode der Enuresisbehandlung sind nicht so glänzend, wie sie von anderen Autoren angegeben werden. Unter 22 behandelten Kindern heilten 2 spontan, bevor zu den Injektionen geschritten wurde (sie wurden dann doch einmal prophylaktisch punktiert); 8 Fälle wurden geheilt, 3 gebessert, 9 ohne jeden Erfolg behandelt. In 10 Fällen wurde 1, in 7 Fällen 2, in 1 Fall 3 und in 2 Fällen 4 Injektionen vorgenommen. Als Injektionsflüssigkeit diente physiologische Kochsalzlösung, 2—20 ccm. Als Ursache der erzielten Erfolge betrachtet Verf. die suggestive Wirkung der Methode.

M. Kaufmann.

Cornelia de Lange, Über Kinderpneumonie mit intermittierendem Fieberverlauf. (Ned. Tyds. v. Geneesk. 1909. Nr. 1.)

Intermittierendes Fieber bei chronischer Pneumonie sah Henoch. Man ist wohl immer geneigt, dann an Tuberkulose zu denken. In dem beschriebenen ersten Fall war bei einem Knaben von 10 Jahren intermittierendes Fieber wochenlang. Empyem wurde vermutet, doch die Probepunktion gab keinen Erfolg. Nach und nach besserte sich der Knabe und die Veränderungen an der Lunge verschwanden. — Weiter folgen Mitteilungen über einen Fall von fibrinöser Pneumonie usw., wo der Temperaturverlauf ebenso intermittierend war. Ootmar.

Delfrat, Febris typhoidea bei einem Kinde von 4 Monaten. Kasuistische Mitteilung. Ootmar.

C. E. Bloch, Serumtherapie bei Zerebrospinalmeningitis. (Hospitalstidende. 1909. Nr. 42.) Der Verf. teilt 11 Fälle von Zerebrospinalmeningitis mit, bei welchen intraspinale Seruminjektionen vorgenommen wurden. Das Serum stammte aus Wien (Kraus). 8 von den Patienten waren Kinder, 3 Erwachsene. 6 von den Kindern wurden geheilt, zwei starben; alle 3 Erwachsene starben; die letzten kamen sehr spät unter Behandlung. Von den Kindern, die starben, litt das eine an Lymphatismus, das zweite starb im Verlaufe von 24 Stunden, trotzdem die Seruminjektion schon 12 Stunden nach dem Anfang der Krankheit gegeben wurde. Es handelte sich um einen sehr schweren Fall; das 6jährige Mädchen war zyanotisch, bewußtlos, mit unregelmäßiger Respiration und sehr schwachem Puls, als es unter Behandlung kam. Der Verf. empfiehlt die Serumbehandlung, 20 ccm für Kinder, die doppelte Dosis für Erwachsene, nachdem zuerst eine gleiche oder größere Menge von Spinalflüssigkeit durch die Lumbalpunktur entleert ist. Adolph H. Meyer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Außerordentliche Sitzung am 8. November 1909 im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus.

Vorsitzender: A. Baginsky; Schriftführer: Finkelstein.

1. Baginsky hält eine Begrüßungsansprache und demonstriert dann

a) **Hydronephrose und Zystenniere.** Präparat eines Säuglings, bei welchem man die Nieren in vivo sehr deutlich bis tief zum Becken palpieren konnte. Sektion: Zwei außerordentlich lang gestaltete Nieren, bei welchen das Nierenbecken an beiden Nieren, nicht seitlich, sondern vorn gelegen, dabei stark erweitert und die beiden Ureteren so abgehend, daß sie über die Nieren hinwegstreichen. — Zweites Präparat (ebenfalls ganz junges Kind): Rechte Niere leichte, lediglich katarrhalische Veränderungen im Nierenbecken; linke Niere: ziemlich erhebliche Erweiterung des Nierenbeckens; also auf katarrhalischer Basis entstehende Hydronephrose. — Weiter werden verschiedene Präparate von Zystennieren demonstriert.

b) **Pseudoappendizitis.** 2jähriger Knabe mit Erscheinungen einer schweren Appendizitis. Der Knabe hatte Askariden verloren. Während er hoch fieberte und heftige Schmerzen in der Appendixgegend hatte, in welcher man auch einen

teigig anzufühlenden Tumor palpierte, gingen Askariden ab. Nach Ol. Ricini und einer Latwerge von Semin. Cini hat sich ein Konvolut von über 800 lebenden Würmern in zwei Tagen entleert, und damit war die Appendizitis geheilt.

c) **Hemiplegie.** Das 8jährige Kind war auf der Straße zusammengestürzt und zeigte das Bild der Apoplexie: es war ohne Bewußtsein, gelähmt, bot dann, als es die Besinnung wiederfand, Kontraktionen im Arm und hatte Fazialislähmung. Wassermannscher Komplementbindungsversuch negativ. Tuberkulinreaktion wie die Pirquetreaktion waren positv. Der Knabe bekam darauf unter Fieberzuständen mehr und mehr Erscheinungen, die darauf hinwiesen, daß ein schleichender subakuter, enzephalitischer Prozeß vor sich ging. Die Lähmungen nahmen von Zeit zu Zeit zu, Erbrechen, beiderseits Stauungspapillen. Sektion: Große myxödematöse zystitische Geschwulst der Konvexität des Gehirns, die Gegend der Zentralwindungen einnehmend, die beide verdrängt bzw. vernichtet waren.

d) **Leberzirrhose.** 6jähriger Knabe mit großem Aszites. Eine große Menge Flüssigkeit wurde durch Punktion entleert. Der Knabe sank allmählich zusammen und ging schließlich unter Erscheinungen der Kachexie zugrunde. Diagnose: Leberzirrhose. Sektion: Ausgesprochene Leberzirrhose und kolossaler Milztumor. Nebenher sind auch Veränderungen in der Niere vorhanden. In dem interstitiellen Bindegewebe der Leber auch reichlich Miliartuberkel, kleine und größere Herde, ferner Miliartuberkulose in der Lunge, aber keine verkästen Viszeraldrüsen, keine Bronchialdrüsen — also eine relativ junge oder rasch in der letzten Zeit sich entwickelnde Miliartuberkulose.

Diskussion. F. Hirschfeld fragt, wie in dem letzten Fall das Pankreas beschaffen war. Es ist bisher noch nicht entschieden, ob bei Tuberkulose und Leberzirrhose die Infektion der Leber durch die Pfortader oder durch die A. hepatica erfolgt. Die Tatsache, daß bei Erwachsenen meist das Pankreas bei der Leberzirrhose miterkrankt gefunden wird, würde nicht für eine Infektion von der Portalvene her sprechen. Es ist daher wünschenswert, daß bei Kindern, wo der Alkoholmißbrauch keine so bedeutende Rolle bei der Ätiologie der Leberzirrhose spielt wie die verschiedenen Infektionen, besonders auf das Pankreas geachtet wird, weil dadurch Licht auf die Entstehung dieser Krankheit fällt. — A. Baginsky (Schlußwort): Makroskopisch ist im Pankreas nichts Besonderes gefunden worden. Die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht beendet. Der Knabe hat auch nie Zucker im Harn gehabt; wir haben auf Zucker sehr sorglich geachtet. Wir haben auch eine Reihe von physiologischen Untersuchungen über Zuckerausscheidungen vorgenommen darüber, wieweit überhaupt Pankreas und die Leber in Funktion sind. Wir konnten uns nicht überzeugen, daß im Pankreas etwas Besonderes gewesen wäre.

2. J. Neumann (Spandau): **Tuberkulosebehandlung mit großen Tuberkulindosen.** M. H.! Von der therapeutischen Anwendung des Tuberkulins im Kindesalter haben die meisten wohl bisher durch eine gewisse Ängstlichkeit sich zurückhalten lassen. Um so mehr mußte es daher Aufsehen erregen, als Schlossmann im Anfang dieses Jahres von günstigen therapeutischen Ergebnissen mit der Anwendung großer Tuberkulindosen, sogar im Säuglingsalter, zu berichten wußte. Man mußte sich sagen: bestätigt sich, was Schlossmann von der systematischen Tuberkulinisierung bereits im Säuglingsalter erhofft, so brauchte man ja nur, schon beim Neugeborenen beginnend, durch fortgesetzte Anwendung der Pirquetschen Reaktion den Eintritt einer tuberkulösen Infektion zeitig festzustellen, um durch sofortige Tuberkulinisierung der Ausbreitung der Infektion halt zu gebieten. Eine Aussicht von weittragendster Bedeutung. Daher wurde auf Veranlassung von Geheimrat Baginsky, trotz früherer Mißerfolge, das Studium der Tuberkulintherapie im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause wiederum in Angriff genommen. Freilich erregte die Argumentation Schlossmanns eine gewisse Skepsis. Es muß doch der Ansicht widersprochen werden, daß es bereits eine ausgemachte Sache oder, wie Engel sagt, eine Lehrmeinung der Pädiatrie sei, daß Säuglinge mit positiver Pirquetscher Reaktion das Säuglingsalter nicht überleben. Dazu ist wohl das Material noch zu dürftig; es handelt sich ja im wesentlichen nur um Krankenhausmaterial, und das scheint wenig geeignet, diese wichtige Frage zu entscheiden. Gleichwohl begannen wir wieder mit der Tuberkulintherapie.

Zunächst kam es nun darauf an, uns über die Ertragbarkeit größerer Dosen Tuberkulin überhaupt zu orientieren.

Dazu diente uns dieser 4 Jahre alte Knabe (Demonstration), damals ein elendes, jämmerliches Geschöpf, mager, mit dürren Beinen, das weder stehen, noch gehen, noch sprechen konnte. Er wurde eingeliefert mit einer rechtseitigen Oberlappenpneumonie und zeigte eine stark positive Pirquetsche Reaktion. Seine Mutter war 8 Tage vor der Einlieferung an Lungenschwindsucht gestorben. Außerdem alte Rachitis. Ein tuberkulöser Herd war auch später durch die physikalische Untersuchung nicht festzustellen.

Während der Tuberkulinbehandlung blühte der Knabe förmlich auf, wurde kräftig, lernte laufen und war vor Wildheit nicht zu halten. Es wurde auch eine strenge Bettruhe nicht durchgeführt. Ob das günstige Verhalten auf das Tuberkulin oder die übrige gute Pflege zu beziehen ist, kann man mit Sicherheit nicht entscheiden. Nach sonstigen Erfahrungen zu urteilen aber hätten wir ein so rapides Aufblühen, wie wir es bei dem Knaben sahen, von der bloßen Pflege nicht erwartet.

Begonnen wurde mit den Tuberkulininjektionen am 25. Februar, nachdem die pneumonische Lungendämpfung geschwunden und die Temperaturkurve das gewöhnliche Aussehen wieder angenommen hatte.

Als erste Dosis wurden $^2/_{10}$ mg gewählt; mit 1tägigem Intervall wurden $^3/_{10}$, $^5/_{10}$, $^6/_{10}$ mg gespritzt, letztere Dosis wurde zweimal gespritzt und zeitigte jedesmal eine Temperaturreaktion; daher Zurückgehen auf $^4/_{10}$ mg, welche Dosis in 10 Tagen viermal gepritzt wurde; da während dieser Periode unregelmäßige Fiebertemperaturen auftraten, die mit Sicherheit sich nicht als typische Reaktionen deuten ließen, wurde auf $^2/_{10}$ mg zurückgegangen, welche Dosis innerhalb 10 Tagen 5 mal gespritzt wurde; 2 Tage nach dem Beginn der Injektionen zeigte sich perikorneale Injektion; im weiteren Verlaufe bildete sich eine typische phlyktänuläre Konjunktivitis aus, als deren Rest Sie auf dem rechten Auge eine zentrale Trübung noch erkennen können. Wegen der Augenaffektion wurde am 27. März eine Pause von 1 Woche in den Injektionen gemacht; in 5 Tagen wurden dann mit 1 Tag Intervall $^3/_{10}$ mg, $^4/_{10}$ mg, $^6/_{10}$ mg gespritzt ohne Temperaturreaktionen. Nach 6tägiger Pause Fortsetzung $^8/_{10}$ mg, 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 3 mg, 5 mg ohne Fieberreaktion. Dagegen nahm die Kurve eine auffallende Form an mit tiefen steilen Senkungen nach unten bis zu 35°. Pause von 5 Tagen. Pirquetsche Reaktion noch leicht positiv. Am 30. April 5 mg, am 1. Mai 8 mg, am 3. Mai 12 mg, am 4. Mai 18 mg, am 6. Mai 2,5 cg. Darauf steiler Temperaturanstieg bis 39,2° mit Abfall in 24 Stunden. Es wird dann die letzte Dosis noch 4 mal wiederholt ohne Temperaturreaktion. Die am 13. Mai angestellte Pirquetsche Reaktion war jetzt negativ. Weitere Injektionen, manchmal mit größeren Zeitintervallen 3 cg, 4 cg, 4 cg, 5 cg (dreimal wiederholt), 7 cg, 8 cg, 9 cg, 1 dg, 1,2 dg, 1,4 dg, 1,6 dg, 1,8 dg, 2 dg, 2,5 dg, 3 dg, 3,5 dg, 4 dg, 0,5 g.

Nach der Erreichung der Injektionsdosis von 5 g wurde der Knabe bei bestem Befinden entlassen.

Nachdem ich die letzthin erschienene ausführliche Publikation von Engel und Bauer[1]) gelesen, bin ich überzeugt, daß ich die Dosen viel schneller hätte steigern und in der gleichen Zeit zu höheren Tuberkulindosen hätte gelangen können; fragt sich nur, ob das zweckmäßig oder notwendig ist. Und in dieser Hinsicht sind die Angaben von Engel und Bauer nicht ganz schlüssig.

Die an der Düsseldorfer Kinderklinik geübte Methodik der Tuberkulininjektionen soll gerade das Besondere an sich haben, daß nicht eine langsame Steigerung der Tuberkulindosen erfolgte, wie das sonst üblich war, sondern man hat sich dort im Gegenteil bemüht, „möglichst auf die Unempfindlichkeit oder eine geringe Empfindlichkeit gegen hohe Tuberkulindosen zu kommen und, hier angelangt, fortlaufend dieselbe Menge für lange Zeit hindurch immer weiter einzuspritzen", und dies, weil zur Zeit der hohen Dosen der Immunkörpergehalt am größten sein soll.

Ich will hier nicht erörtern, ob es gerade die Größe des Immunkörpergehalts ist, worauf es ankommt, nur auf eine gewisse Unstimmigkeit zwischen den Befunden Engels und Bauers und ihrer Injektionsmethodik möchte ich hinweisen. Bauer findet einen Parallelismus zwischen Tuberkulinempfindlichkeit und Stärke der Immunkörperbildung. Wenn dem so ist, müßte man es doch gerade für unzweckmäßig halten, die Tuberkulinempfindlichkeit schnellstens zum Erlöschen

[1]) Bauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 13.

zu bringen, und es müßte zweckmäßig sein, so lange nur mäßig zu steigern, als eine ausreichende Tuberkulinempfindlichkeit noch besteht. In der Tat wird dann auch am Schlusse der bereits erwähnten Arbeit hervorgehoben, daß man den Eindruck gehabt habe, wie wenn diejenigen Kinder, bei denen man sich nicht bemühte, allzuschnell mit der Dosierung vorwärts zu kommen, späterhin, wenn erst mal die höheren Dosen erreicht wurden, leichter und sicherer Immunkörper bildeten als jene, bei denen man mit der größtmöglichen Schnelligkeit auf den Gipfel der Tuberkulintoleranz zu kommen trachtete.

Ist aber das richtig, so muß als das zweckmäßigste Verfahren, wenn man sonst dem Gedankengange von Engel-Bauer folgt, doch das erscheinen, so langsam wie möglich in der Dosierung vorwärts zu gehen, um schließlich zu hohen Dosen zu gelangen.

Die Frage, wie langsam man vorgehen kann, ist gleichzeitig eine Frage nach dem, was als Reaktion, d. h. als Ausdruck der Tuberkulinempfindlichkeit, zu gelten hat. Und da komme ich auf einen anderen Unterschied meines Vorgehens in diesem Falle und in späteren von dem Engels und Bauers.

Engel und Bauer haben als Reaktionen nur die Temperaturreaktionen gezählt, die lokale Stichreaktion in ihrer Monographie zwar kurz gestreift, aber ihr keinen Einfluß auf den Modus procedendi gegeben. Ich habe dagegen die lokalen Reaktionen auch als Reaktionen betrachtet und in der Regel erst höher gespritzt, wenn diese sich abschwächten. Lokale Reaktionen treten bei gleichen Dosen noch längere Zeit auf, auch wenn Temperaturreaktionen nicht mehr eintreten, oder sie treten bei Anfangsdosen schon in erheblicher Stärke auf, ohne daß entsprechende Temperaturreaktionen zu gleicher Zeit auftreten.

Die Abschwächung der lokalen Reaktion pflegt in einer ziemlich regelmäßigen Art sich zu vollziehen. Zunächst läßt der im Beginn sehr intensive Berührungsschmerz nach; dann schwindet das einzelne Infiltrat schneller als das vorhergehende, und schließlich nimmt die Größe des einzelnen reaktiven Infiltrats allmählich ab. Im Anfange ist das Infiltrat zuweilen noch eine Woche und darüber deutlich erkennbar, um schließlich flüchtig zu sein und schon in wenigen Stunden zu verschwinden. Ich habe also die Tuberkulindosis erst dann erhöht, wenn die Stärke der lokalen Reaktionen, an den verschiedenen angegebenen Kriterien subjektiv gemessen, nachzulassen begann oder überhaupt nur in geringer Stärke auftrat.

In dieser Art des Vorgehens befinde ich mich, wie ich aus einer vor einigen Wochen aus der II. Medizinischen Klinik in München erschienenen Publikation ersehe, ziemlich in Übereinstimmung mit dem dort geübten Verfahren. Auch Saathoff, der Verfasser dieser Publikation, läßt sich in seiner Injektionstechnik vorwiegend durch die Stärke der lokalen Stichreaktion leiten.

Saathoff stellt sich vor, daß ein Parallelismus bestehe zwischen der Stichreaktion und der bezweckten Reaktionsstärke am tuberkulösen Herde. Diesen Parallelismus konnte er an Fällen von Bindehauttuberkulose direkt beobachten. Bei den Tuberkulosen, die nicht an der Oberfläche sitzen, freilich fehlt es im allgemeinen an Kriterien, ob wirklich in geeigneter Weise eine Beeinflussung des tuberkulösen Herdes in dem gewünschten Sinne stattfindet, d. h. ob um diesen eine produktive interstitielle, zur Vernarbung führende Entzündung angeregt wird. Man darf daher an keiner möglichen Tuberkulinwirkung vorbeigehen, ohne sich zu fragen, ob überhaupt das Beobachtete Wirkung der Tuberkulininjektion ist, ob es sich um eine erwünschte oder eine unerwünschte Wirkung handelt.

Damit komme ich auf eine Reihe besonderer Beobachtungen im Verlaufe der Tuberkulininjektionen.

Eine wesentliche Beobachtung erstreckt sich auf die besondere Form, welche die Temperaturkurve unter der Tuberkulinbehandlung in der Mehrzahl der bei uns gespritzten Fälle annimmt. Ich erwähnte schon bei dem oben besprochenen Falle die auffallenden steilen Temperatursenkungen. Es entsteht schließlich eine etwa 37° gelegene, steil remittierende Kurve mit Remissionen bis zu 2° und mehr, es entsteht also, wenn man so sagen darf, ein remittierendes, subnormales Fieber. Das Eigentümliche der durchaus nicht normalen Kurve fällt besonders dann auf, wenn man die Kurve umkehrt. Solche Kurve finde ich in charakteristischer Ausprägung in 4 Fällen unseres injizierten Materiales.

Es handelt sich dabei erstens um den schon besprochenen Fall (Fall von physikalisch nicht festgestellter Tuberkulose), um ein 5jähriges Mädchen mit

Bronchialdrüsentuberkulose (keuchhustenähnliche Hustenanfälle, intraskapuläre Schallkürzung und hauchendes Atmen), um einen 3jährigen Knaben mit Spondylitis im Bereich des siebenten Halswirbels, vielleicht auch von Drüsentuberkulose, und einen 5jährigen Knaben mit Spitzentuberkulose.

Alle diese Fälle verhielten sich günstig, nur bei dem Knaben mit der Spondylitis trat zwar eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens ein, doch verschlechterte sich der Nervenbefund, indem die Lähmungen zunahmen. Wenngleich all das auch ohne das Tuberkulin vielleicht hätte eintreten können, so muß man sich doch fragen, ob das Tuberkulin in diesem Falle genützt oder geschadet hat, oder indifferent gewesen ist; und da ist es möglich, daß das Tuberkulin, wie auch sonst berichtet wird, am Knochen eine durchaus erwünschte Wirkung erzielt hat, daß aber die Herdreaktionen schädigend auf das Rückenmark eingewirkt haben; es scheint mir dieser Fall immerhin dafür zu sprechen, daß man bei der Tuberkulinanwendung, wenn es sich um Herde handelt, die in der Nähe des zentralen Nervensystems sitzen, nicht ängstlich genug sein kann. Hat man doch gerade die allerschwersten Zustände gesehen bei versuchsweisen Injektionen von Fällen mit tuberkulöser Meningitis.

Was nun das Besondere der Temperaturkurve betrifft, so scheint die wiederholte Beobachtung jedenfalls dafür zu sprechen, daß es sich hier um eine Folge der Tuberkulinwirkung handelt;[1]) ob um eine günstige oder ungünstige, läßt sich einstweilen wohl noch nicht entscheiden; zwar sind mir bei Fällen von seröser Pleuritis, in einem Stadium, wo man eine Schwartenbildung, d. h. also den Ablauf einer produktiven Entzündung, annehmen konnte, ähnliche Kurvenbilder aufgefallen; und mein ehemaliger Chef, Geheimrat Baginsky, hat wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß ihm in Fällen von chronischer und durch die Operation bestätigter Appendizitis ein Schwanken der Temperatur nach unten aufgefallen sei, doch erscheint es mir einstweilen noch zu spekulativ, einen gemeinsamen Grund in beiderlei Vorgängen anzunehmen, etwa eine produktive, zur Vernarbung führende Entzündung.

Eine weitere Beobachtung ersteckt sich auf eine nach Tuberkulininjektionen auftretende reaktive, vorwiegend exspiratorische, mehr oder minder starke Dyspnoe.

Diese zeigte sich bei 3 Fällen von wahrscheinlicher und sicherer Bronchialdrüsentuberkulose. Sie trat am stärksten bei einem 1½jährigen Kinde auf, das wahrscheinlich einen mediastinalen größeren Drüsentumor hat und noch behandelt wird; die Dyspnoe erreichte hier sogar wiederholt beängstigende Grade. Man dürfte diese Dyspnoe wohl als die Folge von Herdreaktionen an den Drüsen deuten können.

Bei dem 4jährigen Knaben, der oben ausführlicher besprochen wurde, traten etwa zu derselben Zeit, als die eigentümlichen subnormalen Temperaturen beobachtet wurden, häufige, lang andauernde Erektionszustände auf, die ich auch am schlafenden Knaben beobachtet habe, ohne eine andere Ursache zu finden. Ich erinnere dabei an das kantharidinsaure Kalium, das Liebreich bekanntlich benutzte, um dem Tuberkulin analoge Wirkungen am tuberkulösen Herd zu erzielen, und das ja in größeren Dosen auch besondere Wirkungen auf die Genitalsphäre hervorbringt.

Auf den Ausbruch einer phlyktänulären Konjunktivitis nach Beginn der Injektionen in dem einen Falle möchte ich nochmals hinweisen, ohne freilich entscheiden zu können, ob Vorkommnis zufällig war oder nicht.

Schluß. M. H.! Soviel darf doch jetzt schon als festgestellt erachtet werden, daß im allgemeinen Kinder viel höhere Dosen Tuberkulin vertragen können, als man bisher angenommen hat; bei einer größeren Gruppe von Kindern erlischt die anfangs hohe Tuberkulinempfindlichkeit relativ schnell, und man muß dann größere Dosen spritzen, um überhaupt wahrnehmbare Wirkungen zu erzielen. Hinsichtlich der zweckmäßigsten Art der Tuberkulinisierung wird man noch Erfahrungen sammeln und für diesen Zweck die Bedeutung und den Ablauf der lokalen Stichreaktion noch eingehender studieren müssen, als es bisher geschehen zu sein scheint.

Diskussion. Wolff-Eisner: Wir befinden uns bei der Tuberkulintherapie auf dem interessanten Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Kinderheilkunde;

---

[1]) Wolff-Eisner teilt mir nachträglich mit, daß auch ihm solche Temperaturschwankungen aufgefallen sind und daß er sie als mit den größeren Tuberkulindosen zusammenhängend gedeutet habe.

die Schlossmannschen großen therapeutischen Dosen regen die Frage an: weshalb ist man gerade bei Kindern berechtigt, große Dosen Tuberkulin zu geben? Der Fortschritt in der Tuberkulintherapie beruhte doch darauf, daß man gelernt hat, die Tuberkulingaben ungefährlich zu machen, indem man mit möglichst kleinen Dosen anfängt und dann vorsichtig — viel vorsichtiger wie Schlossmann — weiter geht. Ich erinnere an die interessanten und bahnbrechenden Untersuchungen von Sahli, außerdem an die Forschungen von Wright, die eindeutig erwiesen haben — darin liegt der Fortschritt —, daß kleine Dosen deutlich feststellbare Wirkungen haben. — Die komplizierte Frage der Überempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin hat der Vortragende auch angeschnitten. Ich habe zuerst darauf hingewiesen, daß es durchaus nicht wünschenswert ist bei der Tuberkulintherapie, unbedingt auf Tuberkulinunempfindlichkeit zu kommen, weil solche Fälle eben, worauf sich die prognostische Bedeutung der Tuberkulinreaktionen gründet, häufig ungünstig verlaufen. Es gibt allerdings zwei differente Formen der Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin, die verschieden gedeutet werden müssen. Es ist nicht möglich, in diesen kurzen Bemerkungen darauf einzugehen, ich verweise betreffs der experimentellen Grundlagen auf die ausführliche von mir erschienene Abhandlung, Würzburg 1909 und den Abschnitt „Tuberkulose" im Handbuch der Serotherapie, J. F. Lehmann, 1909. Worauf beruht nun die Schlossmannsche Behauptung, daß man beim Kinde sehr große Dosen geben darf? Über die Tuberkulinempfindlichkeit bei Kindern sind sehr differente Anschauungen vorhanden. Die einen behaupten: die Kinder sind unempfindlich, die andern: sie sind besonders empfindlich. Beide Erscheinungen kommen vor: Kinder, die absolut tuberkulosefrei sind, sind absolut unempfindlich, und Kinder mit Tuberkulose sind im Anfang häufig gegen Tuberkulindosen ganz besonders empfindlich, erethische Form der Skrofulose. Nun verliert ein Teil dieser Kinder der Empfindlichkeit durch Injektionen von Tuberkulin ziemlich schnell und wird gegen Tuberkulin unempfindlich, wie ich dies konstant bei Tuberkulininjektion von Rindern ebenfalls beobachtete. Diese Tuberkulinunempfindlichkeit entsteht dadurch, daß das Tuberkulin von den Rezeptoren, die im Bindegewebe sitzen, gefesselt wird. Wir bekommen nur dann eine Tuberkulinreaktion, wenn ein Teil des Tuberkulins diesen Rezeptoren entschlüpft. So passiert es (wie es dem Vortragenden auch passiert ist), daß bei einem scheinbar Unempfindlichen plötzlich einmal wieder Tuberkulinreaktion eintritt. Diese Reaktionen sind nicht vollkommen zu beherrschen, der Gefahr von Reaktionen setzt man sich jederzeit aus, besonders wenn man hohe Dosen anwendet. Man kann in sehr sicherer Weise sich von dem Kreisen des Tuberkulins im Körper ein Bild machen, wenn man Relais (durch dazwischen geschaltete Pirquetreaktionen und Konjunktivalreaktionen) einschaltet, die Wiederaufflammungsreaktionen zeigen, wenn von neuem Tuberkulin an diese „Herde" gelangt. Sehr zu begrüßen ist es, daß der Vortragende wie Saathoff die Methode eingeschlagen hat, die Lokalreaktionen mit in Rechnung zu ziehen. Denn das einzig Ungeklärte in meinen Tuberkulinanschauungen ist die Beobachtung, daß lokal an Stelle der stetig steigenden Überempfindlichkeit schließlich eine Unempfindlichkeit eintritt. Das ist wahrscheinlich so zu erklären, daß die Zellen sich an den Reiz gewöhnen und nun auf neu injizierte Dosen, obwohl Rezeptoren da sind, keine Reaktion zeigen. Die Tuberkulinunempfindlichkeit beruht darauf, daß Rezeptoren im Bindegewebe sitzen, die das Tuberkulin hindern, an die empfindliche Stelle zu kommen. Kommt Tuberkulin aber an den Krankheitsherd, so kommt es zu Herdreaktionen, und dann ist die Tuberkulintherapie nicht mehr ungefährlich. Denn eine Herdreaktion besteht, wie der Vortragende richtig ausgeführt hat, in einer Hyperämisierung des Herdes. Diese Hyperämisierung kann günstig verlaufen, wenn der Herd in produktive Entzündung übergeht. Ob das aber geschieht, steht nicht in unserer Hand. Darum ist Herdrektion nicht nur gefährlich bei Herden, die im Zentrum des Nervensystems und in dessen Nähe liegen, sondern auch bei Lungenherden, weil wir in dem Moment, wo wir Injektion gegeben haben, die Folgen nicht mehr beherrschen. Darum ist jede Tuberkulintherapie, die mit Dosen arbeitet, wobei es zur Herdreaktion kommen kann, nicht ungefährlich, und ich fürchte, wenn die Schlossmannsche Methode in die allgemeine Praxis übergeht, daß die Fortschritte, die die Tuberkulinbehandlung gemacht hat, sehr leicht wieder verloren gehen können.

Sigismund Cohn: Die von dem Vortragenden aufgeworfene, aber nicht

beantwortete Frage, ob es das Bestreben der Tuberkulintherapeuten sein müsse, durch die Injektionen einen möglichst hohen „Antituberkulin“gehalt des Blutes zu erzeugen, sei zu verneinen. Der Komplement bindende Tuberkuloseantikörper, das sogenannte „Antituberkulin“, habe nämlich, wie Cohn vor Jahresfrist am Material des Krankenhauses Am Urban nachgewiesen, keinesfalls die Bedeutung eines heilsamen, günstig auf den Krankheitsverlauf wirkenden Stoffes. Unter einigen 20 Phthisikern mit hohem Antituberkulingehalt des Blutes fanden sich zahlreiche mit sehr bösartiger, progredient verlaufender Phthise. Anderseits zeigten oft Tuberkulöse, in deren Blut keine Spur „Antituberkulin“ nachweisbar war, eine starke Heilungstendenz und einen günstigen Verlauf. Durch die von Schlossmann empfohlenen Injektionen sehr hoher Tuberkulindosen (bis zu 20 ccm) könne man zwar einen hohen „Antituberkulin“gehalt erzielen; daß das aber ein Vorteil für die Patienten ist, das sei nach den eben auseinandergesetzten Erfahrungen sehr unwahrscheinlich.

Tugendreich möchte bei der Beurteilung der durch die Tuberkulinbehandlung erzielten Erfolge zur Vorsicht mahnen. Man wisse jetzt, daß auch ohne spezifische Behandlung Besserungen, ja — klinisch gesprochen — Heilungen der Säuglingstuberkulose vorkommen. Er hat in seiner Säuglingsfürsorgestelle Säuglinge beobachten können, bei denen klinisch und durch Pirquetisierung zweifellos Tuberkulose festgestellt worden sei, die dann aber bei sorgfältiger Ernährung sich erholten, an Gewicht gut zunahmen und nicht nur das Säuglingsalter siegreich überstanden haben, sondern auch schon das 2. Lebensjahr. Ähnliche Beobachtungen hat übrigens Engel aus der Schlossmannschen Klinik auf der Kölner Naturforscherversammlung mitgeteilt.

Noeggerath bezweifelt die Brauchbarkeit des vom Vortragenden ausführlich geschilderten ersten Falles für die Lösung der gestellten Frage. Denn bei ihm ist es zum mindesten sehr wahrscheinlich, daß es sich nicht um aktive Tuberkulose gehandelt hat, da das Kind auf mehrmalige Injektionen mittlerer Tuberkulindosen gar nicht, sondern überhaupt erst auf massige Einspritzungen reagiert hatte. Dieser Fall beweist eigentlich nur den alten Satz, daß man mit sehr großen Dosen auch latent tuberkulöse Kinder zur Reaktion bringen und sie schließlich auch an sie gewöhnen kann. Was die Bewertung der Stichreaktion angeht, die gerade in diesem Kreise nach ihrem ersten Beobachter Escherich genannt werden sollte, so rät Noeggerath auf Grund eigener früher mitgeteilter Erfahrung zu einiger Vorsicht. Die Reaktionsverhältnisse der Haut können in manchen Fällen so unübersichtlich sein, daß der Ausfall der Pirquetkutanen und dieser subkutanen Reaktion einander widersprechen. Daher erscheint es, ehe größere, durch Sektionen gestützte Erfahrung vorliegt, gewagt, von den an der Haut sich zeigenden Vorgängen auf den Zustand des oder der fernabliegenden eigentlichen Tuberkuloseherde Schlüsse zu ziehen.

Jochmann berichtet über Erfahrungen mit der Tuberkulintherapie, die er auf seiner Abteilung im Rudolf Virchow-Krankenhause zusammen mit Exzellenz Koch gemacht hat. Er betont in Übereinstimmung mit den Resultaten von Engel und Bauer, daß bei lungentuberkulösen Säuglingen die Tuberkulinbehandlung im allgemeinen keine günstigen Erfolge zeitige, daß er jedoch gute Erfolge gehabt habe bei Knochentuberkulose und bei skrofulösen Formen. Die Anwendung so hoher Tuberkulindosen, wie sie die Schlossmannsche Schule verwendet habe, hält er bei tuberkulösen Säuglingen nicht für angezeigt, weil lungentuberkulöse Säuglinge außerordentlich tuberkulinempfindlich sind und man oft einen beginnenden kleinen Lungenherd bei skrofulösen Kindern nicht mit Sicherheit ausschließen kann. Im Gegensatz zu dem sprungweisen Vorgehen der Düsseldorfer Schule empfiehlt er die vorsichtig einschleichende Methode.

A. Baginsky: Wir verfahren auch bei uns genau so wie Jochmann. Wir sind außerordentlich vorsichtig beim Vorgehen mit den Dosen. Wir haben uns aber diesen kleinen Patienten — ich möchte sagen, beeinflußt von der Publikation von Bauer, der früher auch Assistent des Kinderkrankenhauses gewesen ist — dazu ausersehen, uns gleichsam ein Paradigma zu schaffen. Da wir sahen, daß das Tuberkulin ihm nicht schadete, daß im Gegenteil der Knabe aufblühte, sind wir rasch mit den Dosen vorwärts gegangen. Sonst gehen wir außerordentlich vorsichtig und behutsam vor, geben nach 8 Tagen, 10 Tagen ein Bruchteil von Milligramm mehr und gehen dann wieder rückwärts, wenn es uns scheint, daß diese Dosis eine zu lebhafte Reaktion erzeugt hat. Auf diese Weise kommen

wir in der Beurteilung der Frage, wieweit wir mit Tuberkulin etwas erreichen können, freilich nur langsam weiter. Ich glaube auch, daß man ganz außerordentlich vorsichtig mit Tuberkulin sein muß, denn ich habe schon Fälle gesehen, bei denen angeregtes Fieber und angeregtes Schlechterwerden — ich will nicht gerade sagen, Kachexie — kaum zu unterdrücken waren. Ich kann also den Kollegen nur raten, in Fällen von Drüsen- und Knochentuberkulose usw. das Tuberkulin behutsam anzuwenden, aber bei Lungentuberkulose ganz besonders vorsichtig zu sein.

Neumann (Schlußwort): Eine Tuberkulose war physikalisch bei dem Falle nicht festzustellen.

3. Bach: **2 Fälle von Lues tarda.** Bei beiden wurde die Diagnose auf Grund des Zusammentreffens von doppelseitiger Kniegelenksschwellung und einseitiger Keratitis parenchymatosa gestellt. Auf Einreibung von grauer Salbe und innerlicher Darreichung von Jodkali schneller Rückgang der Krankheitserscheinungen. Bei dem noch in Behandlung befindlichen Fall ist die Wassermannsche Reaktion positiv. Der geheilte Fall liegt 2 Jahre zurück. Kniegelenksschwellung und Keratitis sind gänzlich zurückgegangen, die Hornhaut ist ohne jegliche Trübung. Neue luetische Krankheitserscheinungen sind bisher nicht aufgetreten.

Diskussion. A. Baginsky: Wenn Sie sich diesen Jungen ansehen, so können Sie sich nicht entfernt eine Vorstellung davon machen, wie weit dieses Kind heruntergekommen war. Er erschien uns lange Zeit als ein trostloser Fall: er litt an doppelseitiger Keratitis, beide Kniegelenke stark geschwollen, im ganzen war er ein Bild des tiefsten Elends. Zuerst lag der Gedanke nahe, daß es sich um Tuberkulose handelte. Diesen Gedanken mußte man aber aufgeben. Unter der Luesbehandlung gingen alle Erscheinungen, auch die der doppelseitigen parenchymatösen Keratitis, rasch zurück. Es wurde wirklich ein eklatanter Fall von Herstellung.

4. Rothschild: **Antistreptokokkenserum bei Scharlach.** Vortragender machte auf Veranlassung Jochmanns eine Nachprüfung von dessen Resultaten bei der intravenösen Anwendung von Antistreptokokkenserum in hohen Dosen (50—75 ccm). Es wurden ausnahmslos nur maligne und septische Scharlachfälle behandelt ohne jeglichen Erfolg. Auch Komplikationen (Otitis media purulenta, Lymphadenitis purulenta) wurden bei frühzeitiger Anwendung nicht verhütet. Die Injektion des Serums verursachte häufig Nebenerscheinungen ernster Art, auf die später noch eingegangen werden soll.

Diskussion. Jochmann gibt seinem Befremden darüber Ausdruck, daß eine mit seinem Namen in Verbindung gebrachte Methode der Scharlachbehandlung abgelehnt wird, noch ehe überhaupt etwas darüber publiziert worden ist. Er deutet an, daß er bei gewissen Fällen zu günstigeren Resultaten gekommen sei, und stellt in Aussicht, detaillierter in einem Vortrag in der Medizinischen Gesellschaft sich darüber zu äußern.

A. Baginsky: Wir haben zuletzt einen Fall von Scharlach gehabt, der gar nicht so sehr malign aussah, wenn er gleich als ein ernster Fall erschien, den man aber durchaus nicht als verloren ansehen konnte, den man durchzubringen vielmehr Hoffnung hatte. Den Fall haben wir ebenfalls intravenös behandelt. Ich habe sogar den Kollegen Meyer gebeten, selbst hierher zu kommen, um den Effekt der intravenösen Serumbehandlung zu beobachten. Auf seinen Rat spritzten wir subkutan weiter. Das Kind ist indessen unter Erscheinungen der Sepsis zugrunde gegangen. Einen solchen Scharlachfall mit Sepsis und Blutungen wie diesen habe ich seit vielen Jahren nicht gesehen. Ich kann es nicht unterdrücken, auszusprechen, daß hierbei das Serum eine Rolle gespielt hat. Zum Beweise dafür zeige ich Ihnen hier die Niere von dem Kinde. Solange ich Scharlach seziere und Sektionsbefunde kenne, habe ich eine solche Niere beim Scharlach noch nie gesehen. (Demonstration der blutdurchtränkten, großen septischen Nieren.)

Ärztlicher Verein zu Marburg.

(Nach Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 3. November 1909.

E. Müller: **Über die Frühstadien der spinalen Kinderlähmung.** (Der Vortrag ist unter den Referaten dieser Nummer veröffentlicht.)

Diskussion: Römer: Ich möchte nur ganz kurz berichten über meine Bemühungen, durch Untersuchung des von Prof. Müller mir übergebenen Materials, gewonnen aus Fällen epidemischer Kinderlähmung, in ätiologischer Hinsicht 'etwas herauszubringen — Bemühungen, die, wie ich gleich eingangs bemerken will, bisher ohne Erfolg geblieben sind.

Es handelt sich zunächst um die Untersuchung von Rachen- und Mandelausstrichen. Dieselben wurden angestellt, weil bei einer ganzen Reihe der in Hessen-Nassau beobachteten Fälle anginöse Erscheinungen im Beginn der Krankheit zu bemerken waren. — Die bakteriologische Untersuchung hat aber im wesentlichen nur die üblichen Rachenbewohner, insbesondere Staphylococcus albus, weniger reichlich Staphylococcus aureus nachgewiesen, schließlich auch Pneumokokken, und zwar in größerer Anzahl, als man sie nach meiner Erfahrung sonst in der Regel anzutreffen pflegt. Ich habe diesem Punkt zunächst größere Aufmerksamkeit geschenkt, weil von einer Reihe von Autoren Gram-positive Diplokokken als Erreger der epidemischen Kinderlähmung beschrieben worden sind. Trotzdem dürfte diesem Pneumokokkenbefund wohl keine besondere Bedeutung zukommen, da einmal der Pneumokokkus ein immerhin doch nicht seltener Bewohner der Mundhöhle ist und es außerdem von vornherein sehr unwahrscheinlich war, daß als Erreger einer so charakteristischen und spezifischen Infektionskrankheit wie der epidemischen Kinderlähmung einer der uns schon bekannten Parasiten in Betracht kommen könnte. In dieser Ansicht bestärkten mich dann vor allem die nachfolgenden Untersuchungen:

Es wurden mir durch Müller 5 frisch durch Lumbalpunktion gewonnene Proben von Liquor cerebrospinalis zur Verfügung gestellt. Es handelte sich in allen Fällen um eine absolut klare Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab spärliche Zellen von ausschließlich mononukleärem Charakter. Weder durch die Untersuchung im ungefärbten Präparat, noch durch die Anwendung der verschiedensten Färbemethoden (die gebräuchlichen Anilinfarben-, Ziehlsche Färbung, Gramfärbung, Giemsafärbung, Färbung mit Eosin-Methylenblau) konnten Gebilde gefunden werden, die auch nur entfernt als Parasiten oder überhaupt als belebtes Virus hätten angesprochen werden können. Auch wurden in den spärlichen Zellen keine besonderen Einschlüsse nachgewiesen. Die Aussaat sowohl des Liquor cerebrospinalis direkt, als auch des nach Peptonzusatz, nach Bouillonzusatz und als solchen „angereicherten" Liquor hatte ebenfalls ein ganz negatives Ergebnis, trotzdem die allerverschiedensten Nährböden (Bouillon, Gelatine, Agar, Serumagar, Aszitesagar, ein aus besonders präpariertem Rinderblut hergestellter Nährboden, Serum) beimpft wurden. Die zahlreichen geimpften Nährböden blieben steril mit Ausnahme von im ganzen 3, wo eine einzelne Staphylokokkenkolonie — wohl eine zufällige Verunreinigung — wuchs.

Endlich habe ich noch Verimpfungen auf Tiere vorgenommen, und zwar auf Mäuse, Meerschweine und Kaninchen. Da das unbekannte Virus der epidemischen Kinderlähmung offenbar durch seine elektiven Beziehungen zum Zentralnervensystem ausgezeichnet ist, ähnlich dem Virus der Lyssa, habe ich mich darauf beschränkt, die Überimpfungen auf die sogenannten Versuchstiere intrazerebral auszuführen. Eine Erkrankung ist nach der Verimpfung des Liquor cerebrospinalis der mir übergebenen 5 Fälle bisher noch nicht eingetreten, auch nicht bei den Kaninchen, bei denen nach den Untersuchungen von Krause und Meinicke Lähmungen und Tod nach der Infektion mit Poliomyelitismaterial eintrat. Ich mache aber darauf aufmerksam, daß meine ersten Überimpfungen erst am 22. Oktober stattfinden, also vielleicht das Inkubationsstadium noch nicht abgelaufen ist. Die Tiere werden natürlich sorgfältig weiter beobachtet.

Somit wären meine bisherigen Untersuchungen ergebnislos für die Klärung der Ätiologie der epidemischen Kinderlähmung, aber vielleicht nicht ganz wertlos, denn sie vermehren bestätigend die Angaben der Autoren (insbesondere Wickmans sowie Krauses und Meinickes), welche ebenso wie ich einen

leicht erkennbaren und leicht züchtbaren Parasiten als Erreger der epidemischen Kinderlähmung ausschließen konnten.

Die Angaben früherer Autoren über Gram-positive oder Gram-negative Diplokokken als Erreger der Kinderlähmung dürften wohl Täuschung gewesen oder durch Sekundärinfektionen bedingt gewesen sein, wie sie in ähnlicher Weise wie bei der epidemischen Genickstarre vielleicht auch in manchen Fällen epidemischer Kinderlähmung vorkommen mögen. Das negative Ergebnis unserer Bemühungen erspart aus jedenfalls für die Untersuchung weiterer Fälle von Kinderlähmung unnütze Arbeit und weist uns zugleich die Richtung, in der wir künftighin unsere Studien zur Ätiologie der Kinderlähmung hauptsächlich bringen müssen. Das wäre nach meiner Meinung:

1. durch Herbeiziehung neuer Färbemethoden auf mikroskopischem Wege dem Virus beizukommen zu versuchen, und ich darf in diesem Zusammenhang vielleicht auf eine erst heute mir zu Gesicht gekommene Arbeit von Joest und Degen (Zeitschr. f. Infektionskrankheiten, parasitäre Krankheiten und Hygiene der Haustiere, Bd. VI, Heft 5) verweisen. Diese Autoren fanden bei der seuchenhaften Gehirnrückenmarksentzündung der Pferde (Bornasche Krankheit), einer Krankheit, die man in gewisser Hinsicht in Parallele setzen kann mit der epidemischen Kinderlähmung, bei Anwendung der Mannschen Färbung, wie sie zum Nachweis der Negrischen Körperchen bei Tollwut verwandt wird, eigenartige, anscheinend für diese Krankheit spezifische intranukleäre Einschlüsse in den Ganglienzellen des Ammonshorns.

2. müssen wir bei der anscheinenden Unmöglichkeit, das Poliomyelitisvirus auf den gebräuchlichen Nährböden zum Nachweis zu bringen, den von Krause und Meinicke anscheinend erfolgreich beschrittenen Weg weiter verfolgen, eine Züchtung des Virus im Organismus empfindlicher Tiere zu versuchen. Am nächsten liegt natürlich, für diese Zwecke sich zunächst an den Affen, als das dem Menschen phylogenetisch am nächsten stehende Tier zu halten, zumal positive Übertragungsversuche des Poliomyelitisvirus auf den Affen durch Landsteiner und Popper vorliegen. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß ich für diesen Zweck Affen beschafft habe und kann daher die an die Praktiker gerichtete Bitte Müllers nur befürworten, durch Zuweisung event. frischer Fälle von Kinderlähmung die wissenschaftlichen Institute in ihrem Bestreben unterstützen zu wollen, die Ätiologie der epidemischen Kinderlähmung zu klären.

Beneke: In 3 von mir in den letzten Tagen sezierten Fällen von Poliomyelitis konnte ich die namentlich von Wickman genau dargestellten Befunde bezüglich des histologischen Baues vollständig bestätigen. Die eigentümliche Lokalisation der Infiltrate legt meines Erachtens den Gedanken nahe, daß eine lokale Giftverankerung gerade in den Gefäßscheiden und den unmittelbar zugehörigen Gewebegebieten zustande kommt. Besonders bemerkenswert erscheint mir die Lymphstauung, sowie eine an Stase erinnernde Blutgefäßfüllung, auf welche schon Wickman aufmerksam geworden ist; während er diese Bilder durch eine Einwirkung des Formalins zu erklären versucht, möchte ich in ihnen einen Anhalt für die Annahme mindestens hochgradig verlangsamter, wenn nicht ganz aufgehobener Zirkulation in einzelnen kleinen Gefäßgebieten sehen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab mir in allen 3 Fällen Staphylokokken in Blut und Zerebrospinalflüssigkeit; ich habe auch ganz vereinzelte kleine Kokken im Schnitt gesehen. Es scheint mir bemerkenswert, daß auch die früheren Untersucher fast immer gerade Staphylokokken fanden. Über deren Beziehung zu der Gesamterkrankung läßt sich heute wohl noch nichts aussagen, jedenfalls gleicht das histologische Bild keiner Staphylomykose.

IV. Neue Bücher.

L. Brehme. **Hausgymnastik gegen Haltungsfehler, Rückgratsverkrümmungen und andere orthopädische Leiden.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Theodor Kölliker. Preis 3 Mk. Max Hesses Verlag, Leipzig.

Das vorliegende Buch über Hausgymnastik aus der Feder eines Fachmannes, der auf eine 36jährige erfolgreiche Tätigkeit auf dem Gebiete der orthopädischen

Chirurgie zurückblicken kann, ist bestimmt, jedermann in den Stand zu setzen, Haltungsfehler und Verkrümmungen rechtzeitig zu erkennen und die nötigen Übungen für die Hausbehandlung auszuwählen und selbständig zu leiten. Durch die hier dargelegte Methode, die sich durch Einfachheit auszeichnet, können beginnende Verkrümmungen ohne Anwendung von kostspieligen Apparaten mit Erfolg im Elternhause behandelt und geheilt werden. Wissenschaftliche Erklärungen sind vermieden worden und nur das niedergeschrieben, was zum allgemeinen Verständnis notwendig ist. Der vortreffliche Inhalt dieses Buches wird zweifellos dazu beitragen, die große Summe von Lebensglück und Leistungsfähigkeit, welche jetzt durch den Schiefwuchs zerstört wird, dem einzelnen und der menschlichen Gesellschaft zu erhalten. Ärzte, Eltern, Lehrer, Turnlehrer und Erzieher werden dieser Neuerscheinung großes Interesse entgegenbringen. R.

Schumburg. **Die Geschlechtskrankheiten.** — Pollitz. **Die Psychologie des Verbrechers.** — Burgerstein. **Schulhygiene.**

Die 3 kleinen Bücher gehören der im Verlage von B. G. Teubner in Leipzig erscheinenden Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen „Aus Natur und Geisteswelt" an, die sich allgemeiner Beliebtheit erfreut. Sind es doch hervorragende Autoren, welche die einzelnen Themen bearbeiten. Autoren, die gerade in der betreffenden Materie besonders zu Hause sind und an ihrer Entwicklung mitgearbeitet haben. Unsere Leser wird am meisten das Burgerstein'sche Buch interessieren, das auf relativ geringem Raume alles Wissenswerte in so klarer Darstellung enthält, daß das ganze Gebiet jedem Lehrer durchaus verständlich wird. Aber auch die beiden anderen Bände können dem Publikum warm zur Lektüre empfohlen werden. Grätzer.

Jankau. **Taschenbuch für Kinderärzte.** Eberswalde. M. Gelsdorf. Preis 6 Mk.

Das Taschenbuch liegt in 3. Auflage vor, ein Beweis dafür, daß für sein Erscheinen ein Bedürfnis vorhanden war und daß das Werkchen allenthalben Anklang gefunden hat. Wer Kinderpraxis treibt, wird sich mit großem Nutzen dieses Büchelchens bedienen, das sehr inhaltreich ist und tausend Dinge enthält, die man immer wieder nachzuschlagen hat. Mit großem Geschick hat der Autor alles zusammengetragen, was in Frage kam, und es ist so geordnet, daß man es leicht auffindet. Wir können das Taschenbuch unseren Lesern warm empfehlen. Grätzer.

Hermann. **Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände beim Kinde.** Langensalza, H. Beyer & Söhne. Preis 3 Mk.

Das Buch ist Heft 67 der bekannten „Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung", die schon zahlreiche wertvolle Arbeiten gebracht hat. Auch mit diesem Hefte, in den der Verfasser in 30 Vorlesungen die „psychopathischen Minderwertigkeiten" schildert, legt die Sammlung sich Ehre ein. Wer sich mit Heilpädogogik, Jugendgericht, Fürsorgeerziehung und dgl. befaßt, findet hier alles, was zum Verständnis nötig ist. Autor hat es verstanden, das schwierige Gebiet so präzis und klar darzustellen, daß jeder gebildete Leser den richtigen Einblick in dasselbe erlangt. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Bennecke, H., Die Leukozytose bei Scharlach und anderen Mischinfektionen (Habilitationsschrift, Jena). — **Feldmann, A.,** Über die Entstehung der Hasenscharten (Rostock). — **Förg, H.,** Über Entstehung des Hydrocephalus internus nach Meningitis cerebrospinalis epidemica (Erlangen). — **Frankenberg, R.,** Über hereditären Nystagmus (Göttingen). — **Hoth, Fr.,** Ein Fall von kongenitalem partiellen Ulnadefekt (Freiburg). — **Isserson, Th.,** Über die Säuglingssterblichkeit mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Baden (Freiburg). — **Kano, S.,** Über das Verhalten der Stria vascularis bei angeborener Taubstummheit (Erlangen). — **Kiesow,** Über eine durch amniotische Verwachsungen hervorgerufene Mißbildung (Leipzig). — **Mardner, W,** Der Mekoniumpfropf und seine Bedeutung in gerichtsärztlicher Hinsicht (Giessen). — **Müller, E.,** Zur Kenntnis der Kontagiosität des

Pemphigus neonatorum (Erlangen). — **Ozegowski, St.**, Über Thymustod (Greifswald). — **Peiser, M.**, Über angeborenen Herzfehler (Greifswald). — **Piske, J.**, Über Säuglingsnahrung im Kreise Greifswald und ihr Verhältnis zur Säuglingssterblichkeit (Greifswald). — **Riebes, E.**, Beitrag zur Kenntnis der sogen. idiopathischen Herzhypertrophie im frühen Kindesalter (München). — **Schoenberner, R.**, Zur Kenntnis der Mekoniumfermente (München). — **Struck, A.**, Zur Kasuistik der Zystitis und Bakteriurie bei Kindern (München). — **Tietz, A.**, Über Polyglobulie, insbesondere bei kongenitalen Herzfehlern (Leipzig). — **Uterhart, H.**, Über Wesen und Brauchbarkeit der Pirquetschen Tuberkulokutanprobe als Diagnostikum im Kindesalter (Rostock). — **Veit, K. E.**, Über die Ergebnisse der Kutanreaktion nach Pirquet (Halle). — **Weih, C.**, Über den anatomischen Befund bei kongenitaler Luxation des Hüftengelenks (Breslau). — **Yoshida, E.**, Über Erweiterungen des Dickdarmes im Kindesalter (München). — **Zimmermann, J.**, Zur Diagnose und Prognose der Appendizitis im Kindesalter (Heidelberg).

V. Monats-Chronik.

Berlin. **Ansteckende Krankheiten unter Schulkindern.** Die städtische Schuldeputation hat unter Aufhebung früherer Verfügungen bestimmt, daß bei Auftreten von Scharlach und Diphtherie in einer Klasse sofort der Schularzt durch den Rektor zu benachrichtigen sei, der nach erfolgter Untersuchung die Klasse, wenn nötig, schließt und die Desinfektion der Räume direkt bei der städtischen Desinfektionsanstalt nachsucht. Auf Grund des schulärztlichen Gutachtens ist auch der Rektor befugt, den Unterricht in der betreffenden Klasse vorläufig einstellen zu lassen. Sollte der Schularzt bei dringenden Fällen nicht sofort zu erreichen sein, so wird ein benachbarter Schularzt zu Rate zu ziehen sein. Nach Eingang des ärztlichen Gutachtens, das sich auch über die Dauer der erforderlichen Schließung auszusprechen hat, wird dem Schulinspektor zu berichten sein, der seinerseits dem Kreisarzt Meldung zu machen hat.

— Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen veranstaltet in Prof. Dr. H. Neumanns Kinderhaus, Blumenstraße 78, vom 30. Mai bis 18. Juni einen Kurszyklus über **Vorbeugung und Behandlung der Krankheiten im Kindesalter einschließlich des Säuglingsalters.** Meldungen an das Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses, Berlin, NW. 6 Luisenplatz 2—4.

Bonn. Für das neugeschaffene Extraordinariat für Kinderheilkunde sind vorgeschlagen: Primo loco Moro (München), secundo loco Göppert (Göttingen); ferner Tobler (Heidelberg) und Esser (Bonn).

Düsseldorf. Dr. S. Engel ist zum Dozenten für Kinderheilkunde an der Akademie ernannt.

Freiburg. Dr. Schelble, 1. Assistent an der Kinderklinik, hat sich habilitiert.

Stuttgart. In der Oberprima der württembergischen Gymnasien wird im kommenden Schuljahr **Biologieunterricht** zum erstenmal erteilt werden.

Fürth. Der Verein für Ferienkolonien hat ein Areal für eine **Waldschule** erworben.

Gera. Die Stadt hat die Einführung von **Stillprämien** beschlossen.

Bevensen (Hannover). Die Vaterländischen Frauenvereine haben ein **Kindererholungsheim** errichtet.

Wien. Dr. L. Jehle hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Moskau. Die Gesellschaft der Kinderärzte hat einen Filatow-Preis von 200 Rubel für die beste pädiatrische Arbeit gestiftet. Termin 1. Oktober 1912.

New-York. Dr. Abraham Jacobi, der bekannte Pädiater, feierte sein 50jähriges Dienstjubiläum als Arzt des Mount Sinai-Hospitals.

Gestorben: Dr. W. B. Cheadle, bedeutender Kinderarzt in London. — Dr. C. B. Ribeiro, Prof. der Kinderheilkunde in Rio de Janeiro.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

DR. H. BAUER (EMMENDINGEN), DR. W. BAUER (JENA), PRIMARIUS DR. ERNST DEUTSCH (BUDAPEST), PROF. DR. O. EVERSBUSCH (MÜNCHEN), DR. G. FINDER (CHARLOTTENBURG), DR. TH. FREYHAN (BERLIN), PRIV.-DOZ. DR. R. HECKER (MÜNCHEN), PROF. DR. GG. JOACHIMSTHAL (BERLIN), SAN.-RAT DR. MAX JOSEPH (BERLIN), DR. M. KAUFMANN (MANNHEIM), PRIV.-DOZ. DR. ADOLPH H. MEYER (KOPENHAGEN), DR. M. MICHALOWICZ (WARSCHAU), DR. HERM. NETTER (PFORZHEIM), DR. G. OOTMAR (HAARLEM), DR. S. RUBINSTEIN (RIGA), DR. B. SCHICK (WIEN), PRIV.-DOZ. DR. H. B. SHEFFIELD (NEW YORK), DR. G. SOMMER (ZITTAU), DR. A. SONNTAG (BERLIN), PROF. DR. H. STARCK (KARLSRUHE), DR. A. STERN (CHARLOTTENBURG), DR. E. TOFF (BRAILA, RUMÄNIEN), PROF. DR. OSK. VULPIUS (HEIDELBERG), DR. MAX S. GUST. WEGSCHEIDER (BERLIN)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Juni 1910. Nr. 6.

Inhalt.

I. Referate.

Seite

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Neue Bücher. — IV. Monats-Chronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Juni 1910. Nr. 6.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

K. Basch, Über experimentelle Auslösung von Milchabsonderung. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 8. Nr. 9. Dez. 1909. S. 513.) Verf. hat in früheren Versuchen nachgewiesen, daß die spinalen Nerven und der Sympathicus zur Brustdrüsenfunktion Beziehungen haben. Der Einfluß des Nervensystems ist aber von geringer Bedeutung; denn wenn man eine entnervte Brustdrüse transplantiert, beginnt sie zusammen mit den anderen Drüsen zu sezernieren. Deshalb forderte Verf., daß Stoffe, die außerhalb des Nervensystems produziert werden, die Milchabsonderung auslösen. Es gelang Verf. bei etwa 50 Tieren (Hunden, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen) durch Injektion von Plazentarextrakt (Plazentarsekretion) unabhängig von Schwangerschaft Milchabsonderung herbeizuführen. 10 Tage nach der Injektion trat bei einer Hündin in allen Milchdrüsen Sekretion auf. Bei jungfräulichen geschlechtsreifen Kaninchen gelang der Versuch nicht. Erst durch Implantation des Plazentargewebes anderer gravider Kaninchen in Hauttaschen von jungfräulichen Kaninchen gelang es unter 5 Versuchen 2 mal, etwas Milchsekretion in einer der Einpflanzungsstelle nahen Brustdrüse zu erzielen.

Verf. überpflanzte sodann Ovarien gravider Hündinnen auf eine 1 Jahr alte Hündin. 14 Tage danach zeigten alle Milchdrüsen Vergrößerung. In weiteren 6 Wochen wuchsen die Milchdrüsen zu einer Größe an, die etwa der eines wirklich graviden Tieres entsprach. Als nun Verf. nach 8 Wochen dem Tiere Plazentarextrakt injizierte, kam es zur Milchsekretion. Bei Kaninchen erhielt Verf. nicht so schöne Resultate.

Bei 3—4 Monate alten Kindern konnte Verf. durch Zufuhr von Plazentarextrakt Milchsekretion wieder herbeiführen. Verf. denkt, es werde möglich sein, auch die Milchsekretion bei Erwachsenen zu steigern. Die Hyperplasie der Milchdrüse ist also nach vorliegenden Untersuchungen vom Ovarium, die Sekretion von der Plazenta bedingt.

Schick (Wien).

G. Wernstedt, Über spastische Pyloruskontraktur der Säuglinge und angeborene Pylorusstenose (bzw. Pylorusenge). Kurze Zusammenfassung eigener Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Arbeit Bernheim-Karrers (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909.). (Monatsschr. f. Kinderheilk. Dez. 1909. Bd. 8. Nr. 9. S. 524.) Es gibt zwei Formen von sogenannter angeborener Pylorusstenose, die

voneinander zu trennen sind. Die eine Form kann man als organische Pylorusstenose bezeichnen — dabei ist der Pylorus anatomisch verengt, bei der zweiten Form hat der Pylorus in völlig entfaltetem Zustande normalen Umfang. Die Stenose kommt durch Spasmus der Muskulatur zustande. Verf. bespricht die Symptomatologie der zweiten Form und betont, daß die erste Form bis jetzt eigentlich theoretisch konstruiert sei, bis jetzt ist kein sicherer Fall der ersten Form bekannt geworden. Von den übrigen Ausführungen sind die therapeutischen Maßregeln erwähnenswert. Verf. empfiehlt die Operation höchstens im Beginn. Die interne Behandlung besteht in Verabreichung von Frauenmilch bei beschränkter Nahrungsmenge (8—10 Mahlzeiten, 300 ccm pro die). Da nach manchen Autoren der Saugakt ungünstig auf den Pylorusspasmus einwirkt, so ist eventuell die abgespritzte Brustmilch zu verordnen. Bei künstlicher Ernährung sind Magermilch oder kohlehydratreiche Milchmischungen zu empfehlen, da das Fett vom Darm aus Pylorusverschluß auszulösen vermag. Verf. gibt außerdem Natr. bicarb. 3—4 g pro die zur Herabsetzung der Azidität. Magenspülungen sind bei stagnierendem Inhalt zu empfehlen. Endlich gibt W. Nährklistiere (50 g). Bei eingetretener Besserung darf die Nahrungsmenge nur langsam gesteigert werden.

Schick (Wien).

G. A. Dotti, Über Kinderkrankheiten mit besonderer Beziehung zur familiären Belastung durch Tuberkulose. (Klinik Mya, Florenz.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 8. Nr. 9. Dez. 1909. S. 535.) Bei Verwertung von 8739 Krankengeschichten der Jahre 1905—1908 (Poliklinik Florenz) ergibt sich tuberkulöse Belastung bei 31,5% der Fälle. Der Prozentsatz der tuberkulösen Belastung schwankt je nach der vorliegenden Erkrankung, ist natürlich bei klinisch manifester Lungentuberkulose am höchsten (73% der Fälle). Von den übrigen Zahlen ist die der exsudativen Diathese bemerkenswert. Hier ergibt sich nur 22,6% Familienbelastung.

Schick (Wien).

H. Vogt, Familiäre amaurotische Idiotie, histologische und histo-pathologische Studien. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) V. vergleicht die Früh- und Spätform der Krankheit klinisch und pathologisch-anatomisch und legt seinen Ausführungen einen Fall der Sachs-Schofferschen Frühform und zwei der sogenannten juvenilen Spielmeyer-Vogtschen Gruppe zugrunde. Die Übereinstimmung der Fälle beider Formen ist in allen wesentlichen Punkten eine vollkommene. Die Krankheit ist exquisit familiär. Heredität wurde durch Stammbäume festgestellt, ebenso die Disposition durch Verwandtenehe. Viele Individuen stammen aus neuropathisch und psychopathisch belasteten Familien. Lues ist nirgends festgestellt, dagegen mehrfach Potatorium der Erzeuger. Die Symptome sind charakteristisch gruppiert. Blindheit, Lähmung, Verblödung, gelegentlich bulbäre Symptome: Sprech- und Schluckstörungen, ferner Pupillenanomalien, Augenmuskelstörungen, auch Inkoordination, Muskelatrophie und Gehörstörungen. Der Verlauf ist exquisit progredient, letal endigend. Die Unterschiede beider Formen liegen darin, daß die für die Sachssche Form sichergestellte Prädisposition der jüdischen

Rasse für die andere Gruppe nicht in dem Maße zu existieren scheint, daß sich im ophthalmoskopischen Bild bei der zweiten Gruppe der charakteristische Makulabefund der ersteren vermissen läßt und nur Papillenatrophie besteht, daß ferner die Fälle der Sachsschen Form in den beiden ersten Lebensjahren auftreten und der Verlauf ein intensiver ist, während die der andern Gruppe erst in den späteren Kinderjahren sich finden.

Nach seinen Untersuchungen ist die infantile Sachs-Schoffertsche Form die stürmischer verlaufende, in wenigen Monaten ad exitum führende, während die juvenile, im späteren Kindesalter auftretende Form in einigen Jahren tödlich verläuft. Histologisch zeigen beide Formen ein fast gleiches Bild; bei der infantilen Form: ubiquitäre Erkrankung aller Ganglienzellen und an der Glia, bei der juvenilen Form auch Veränderungen am Mesoderm. Die infantilen und juvenilen Fälle der familiär-amaurotischen Idiotie stellen verschiedene Formen ein und derselben Krankheit dar. Hecker.

S. Felsenthal, Die Säuglingssterblichkeit in Mannheim. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) F. zeigt an mehreren Tabellen, daß trotz der erheblichen Besserung hygienischer Verhältnisse die Säuglingssterblichkeit in Mannheim beträchtlich höher ist, als die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden; sie ist im Sommer sehr hoch. Diese erhöhte Sommersterblichkeit ist bedingt durch den Tod an Ernährungsstörungen, denen im Sommer 63—75 % aller gestorbenen Säuglinge zum Opfer fallen. Das Maximum der sommerlichen Noxe macht sich hauptsächlich geltend im zweiten bis fünften Lebensmonat. Am größten ist die Säuglingssterblichkeit im ersten Monat und besonders am ersten Lebenstage. Mit zunehmendem Alter tritt eine Abnahme der Todesfälle ein.

Hecker.

G. Berti, Beitrag zur Morphologie und Semiotik des Thorax in seiner Herzspitze beim Neugeborenen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Zum Referat nicht geeignet.

Hecker.

P. Selter, Über Funktionsschwäche und Funktionsstörungen des Verdauungsapparates im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 4.) Bei der in allen Bevölkerungsschichten vorkommenden funktionellen Insuffizienz des Magendarmkanals bei Kindern bietet der objektive Befund für die Diagnose oft wenig Anhalt. Allein die Fäzesuntersuchung kann Aufschluß geben. Detaillierte Ausführungen über die von S. gegebene Probekost, den Nahrungsbedarf der Kinder und den Nährwert der gebräuchlichsten Kindernährmittel. Die Technik der Fäzesuntersuchung und deren Ergebnisse werden ausführlich behandelt. Hecker.

L. Baron, Ein Fall von kombinierter Herzerkrankung bei einem Säugling. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Ein Fall von Endocarditis mit Pericarditis obliterans, der bei einem Säugling selten ist. Ursache der in diesem Alter seltenen Affektion war eine Otitis mit Mastoiditis. Hecker.

J. Trumpp, Beiträge zur Kenntnis der akuten Knochen- und Gelenksentzündungen im Säuglingsalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Verf. schildert die bakteriogenen Knochen- und Gelenksentzündungen der Säuglinge und belegt seine Ausführungen mit 3 Fällen und mehreren Abbildungen; Beschreibung eines Falles von Epiphysitis traumatica. Nach diesen Krankheiten bleiben öfters Knochenzerstörungen zurück, die erst später zu Luxationen und Funktionsstörungen führen können. Hecker.

H. Rosenhaupt, Lebende Amelosmißbildung, zugleich ein Beitrag zu ihrer Ätiologie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Verf. berichtet von einer lebenden Amelosmißbildung — eines Kindes mit Defekt sämtlicher Extremitäten — an der sich in der dritten Lebenswoche ein Pemphigus syphiliticus einstellte. Verf. weist besonders auf den Zusammenhang von Lues und Mißbildung hin. Hecker.

Br. Bosse, Eine Windpockenepidemie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1.—4.) B. berichtet von der in einer modernen Berliner Entbindungs-, Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorgeanstalt beobachteten Windpockenepidemie, hervorgerufen dadurch, daß eine luetische Gravida, deren Bruder ihrer eigenen Erzählung nach vor kurzem an den Windpocken erkrankt war, vor ihrer Aufnahme die beiden ca. 70—75 Kinder fassenden Kindersäle flüchtig besucht hatte. Von ca. 75 Kindern erkrankten 36, ein weiterer Fall ist zweifelhaft. Auch eine Wöchnerin und eine andere Patientin erkrankten. Beide Geschlechter waren in fast gleicher Anzahl erkrankt (19 Mädchen, 18 Knaben). Bei 8 Kindern stellten sich septische Nachkrankheiten ein, von denen 4 tödlich verliefen. Sie traten ein vom 3. Tage nach dem Ausbruch des Exanthems an bis zum 34., 69., ja sogar erst am 100. Tage. Gelegentlich können also Varizelleninfektionen durch Streptokokkenbeigabe einen bösartigen Charakter annehmen, wenn sie in einer dichtgedrängten Kinderschar den geeigneten Nährboden finden. Hecker.

H. Nothmann, Zur Frage der „psychischen“ Magensaftsekretion beim Säugling. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) An 22 Kindern im Alter von 10 Stunden bis $11\frac{1}{2}$ Monaten wurden 34 Ausheberungsversuche gemacht und in allen Fällen nach 10 Minuten langem Saugen Saftsekretion nachgewiesen, die stets Pepsin, nicht immer HCl enthielt. Es gelingt also beim Säugling tatsächlich schon in der allerfrühesten Zeit seines Lebens durch Scheinfütterung, wie sie der bloße Saugakt (Lutschen) darstellt, Magensaftsekretion auszulösen. Hecker.

H. Weingierl, Ein Beitrag zur Kasuistik der Chondrodystrophia foetalis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Beschreibung eines neuen Falles dieser in vielen Punkten noch ungeklärten Krankheit. Besonders auffallend war das sonderbare Längenmißverhältnis zwischen dem wohlausgebildeten Rumpf und den kurzen Extremitäten, ferner der Längenunterschied der Arme und Beine sowie einzelner Teile dieser. Therapeutisch wurden Jodothyrintabletten (0,3) probiert. Hecker.

A. Aurnhammer, Über die Unterschiede der Magenverdauung bei natürlicher und unnatürlicher Ernährung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Die Versuche wurden nach eigener Methode an nur gesunden Säuglingen von $1^1/_2$—$6^1/_2$ Monaten gemacht. 30—45 Minuten nach Verabreichung von Tee wurde der Magen ausgehebert und das Gewonnene geprüft. Die Brustkinder sezernierten im Magensaft weniger Pepsin- als Kuhmilchkinder. Die Labwirkung ist bei Brustkindern geringer als bei Flaschenkindern gewesen. Demgemäß muß man den Schluß ziehen, daß die Unterschiede der natürlichen und unnatürlichen Ernährung schon im Magen beginnen, wenigstens insoweit, als es sich um die Qualität des Magensaftes handelt. Hecker.

A. Aurnhammer, Über die Beziehungen zwischen Milchproduktion und Fettgehalt der Milch. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 1—4.) Untersuchungen an 10 Ammen der Düsseldorfer Kinderklinik. Es wurden genau Tagesdurchschnittsmenge und Fettgehalt bestimmt. Der Tagesdurchschnitt für den Fettgehalt der Frauenmilch ist nach A. bei jeder Frau eine konstante Größe, die individuellen Verschiedenheiten unterliegt und meist zwischen 4,5 und 5,5 liegt. Selbst stärkeres Ansteigen der Milchproduktion vermag den durchschnittlichen Fettgehalt nicht in die Höhe zu treiben. Anfangs- und Endgehalt verändern sich nur unwesentlich. Variabel ist nur der Anstiegswinkel der Fettsekretionslinie. Er folgt daraus, daß jede Brustdrüse auf eine bestimmte Sekretionsgröße für das Fett eingestellt ist, die nur kurzen und geringen Schwankungen unterworfen ist und sich für die Dauer nicht erhöhen läßt. Hecker.

H. Bethge (Gelsenkirchen), Ein Beitrag zur Behandlung der Meningokokkenträger. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 2.) Untersuchungen ergaben, daß Perhydrol am raschesten die Meningokokken beseitigt. Man durchspült 2 mal täglich den Nasenrachenraum erst mit $1^0/_0$ iger Kochsalzlösung, sodann mit $3^0/_0$ iger Perhydrollösung, die mittels eines Nasenkännchens bei nach links geneigtem Kopfe in das rechte Nasenloch gegossen wird, worauf sie mit Schaum aus dem linken Nasenloche wieder abläuft. Nur bei Kindern mit starken adenoiden Vegetationen muß man sich, um stärkeren Druck zu erzielen, einer kleinen Glasspritze bedienen. Die günstige Wirkung des Perhydrols beruht einmal auf seiner großen Desinfektionskraft, dann aber auch darauf, daß der sich entwickelnde Sauerstoff insofern wohl die denkbar beste mechanische Reinigung der Krypten und Buchten der faltigen Schleimhaut gewährleistet, als er bei seinem eruptiven Entweichen etwa noch vorhandenen Schleim und Bakterien mit hinwegreißt.

Auch Pyozyanase und andere Desinfizientien bewirken das Verschwinden der Meningokokken, aber nicht so rasch wie Perhydrol.
Grätzer.

F. Eichelberg, Über spinale Kinderlähmung. (Aus der Univers.-Klinik f. psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 3.) E. kann sich nicht der Ansicht Grobers anschließen, daß in der Erkrankung als solcher eine

Veränderung gegenüber früher eingetreten wäre. Die verschiedenen Formen der Erkrankung, wie auch besonders die meningitische und enzephalitische, und auch die verschiedenen Arten des Beginns der Erkrankung waren doch auch schon vorher bekannt. Aus den vorliegenden Berichten über die jetzige Epidemie in Deutschland hat E. auch bisher keinen Fall gefunden, der nicht unter die bekannten Symptomenbilder der spinalen Kinderlähmung, wie sie besonders zahlreich von Wiekmann beschrieben sind, eingereiht werden könnte.

Was den Zusammenhang der einzelnen Krankheitsfälle betrifft, so konnte E. in vielen Fällen auch nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür finden, daß eine Erkrankung mit einem anderen Falle von spinaler Kinderlähmung in irgendeiner Beziehung gestanden hätte. In ganz abgelegenen Dörfern traten plötzlich einige Fälle von Kinderlähmung auf, ohne daß die Kinder selbst und deren nächste Angehörige aus ihrem Dorf fortgewesen wären oder daß in letzter Zeit in den Häusern andere Personen von auswärts verkehrt hätten. Auch die Fälle in ein und demselben Dorfe standen oft ohne irgendeinen erklärlichen Zusammenhang, indem weder die Kinder noch deren Angehörige zusammengekommen waren und auch in den Häusern keine Schulkinder waren.

In einigen anderen Fällen konnte E. jedoch eine direkte Übertragung durch Dritte nachweisen.

Bei zwei weiteren Fällen konnte E. die Beobachtung machen, daß die Krankheit anscheinend durch Schuhe übertragen wurde. Es handelte sich in beiden Fällen darum, daß die Väter, beide Schuster, Stiefel von erkrankten Kindern besohlt hatten. 9—10 Tage später stellte sich bei je einem Kinde dieser Schuhmacher die Erkrankung ein.

Bei allen diesen Fällen betrug die Zeit zwischen anscheinender Übertragung und Ausbruch der Krankheit 10 bis 12 Tage, so daß wir vielleicht berechtigt sind, die Inkubationsdauer auf diesen Zeitraum anzunehmen.

Die erwähnte Übertragung durch Schuhe und die Tatsache, daß unter den hier zur Beobachtung gelangten 34 Fällen fünfmal der Vater des erkrankten Kindes Schuhmacher war, hat E. auf den Gedanken gebracht, daß die Übertragung der Erkrankung möglicherweise häufig durch Erde erfolge. Bei einer solchen Annahme könnten wir die Tatsache leicht erklären, daß gerade das Kindesalter, welches sehr viel auf dem Erdboden herumspielt, hauptsächlich von der Erkrankung befallen wird. Denn, wenn ja auch Erkrankungen bei Säuglingen und auch bei älteren Kindern beobachtet sind, so ist das immer doch noch die Ausnahme. Bei den zwei älteren Kindern, die E. beobachtet hat, konnte festgestellt werden, daß sie kurz vor dem Beginn der Erkrankung beim Kartoffellesen geholfen hatten, also in sehr intensive Berührung mit dem Erdboden gekommen waren. — Auch noch andere Momente können für die Annahme herangezogen werden, daß die Übertragung der spinalen Kinderlähmung häufig durch die Erde erfolgt. Zunächst ist hier die Tatsache zu erwähnen, daß gerade bei der ländlichen Bevölkerung die Krankheit besonders häufig auftritt. Bei den hier zur Beobachtung gelangten Fällen in der Stadt München

konnte in den meisten Fällen festgestellt werden, daß die Eltern ein kleines Stück Gartenland besaßen, auf dem die Kinder in der letzten Zeit viel herumgespielt hatten. Ferner würde man mit dieser Annahme auch die Art der Übertragung am besten erklären können, indem es eigentlich in den meisten Fällen nicht möglich gewesen ist, eine direkte Übertragung von Fall zu Fall festzustellen, und man doch sonst gezwungen ist, eine außerordentlich große Anzahl von Zwischenträgern anzunehmen. Grätzer.

Reichenbach, Zur Kasuistik der akuten eitrigen Peritonitis salpingitischen Ursprunges im Kindesalter. (Aus dem Städt. Krankenhause Ludwigshafen a. Rh.) (Ebenda.) Die sehr interessante Arbeit sei hier in toto wiedergegeben:

Im 81. Bande des Archis für klinische Chirurgie weist Riedel darauf hin, daß, während akute Peritonitis nach eitriger Salpingitis bei Erwachsenen eine bekannte Erscheinung ist, dieser Prozeß bei Mädchen im Kindesalter weniger bekannt sein dürfte, und zeichnet das Krankheitsbild auf Grund von 10 Fällen, die im Laufe von etwa 6 Jahren in Jena operiert wurden. Bei allen war sowohl draußen als auch in der Klinik eine Erkrankung des Wurmfortsatzes angenommen worden. Alle sind dem Leiden erlegen. Der Wurmfortsatz erwies sich unschuldig an dem schweren Krankheitsbilde, hingegen konnte mit Sicherheit oder größter Wahrscheinlichkeit der Genitaltraktus als der Weg erkannt werden, auf welchem die Infektion in die Bauchhöhle gelangt sein mußte. Als Erreger wurden gefunden Strepto- und Staphylokokken. — Der folgende Fall dürfte als Illustration zu den Riedelschen Ausführungen einiges Interesse darbieten.

Das 8jährige Mädchen (aufgenommen am 18. Mai 1909, Nr. 1142) soll öfter an Darmstörungen gelitten haben. Am 15. Januar 1909 kam es wegen einer Vulvovaginitis, wie mir nachträglich bekannt wurde, in ärztliche Behandlung; nach Spülungen mit essigsaurer Tonerde schien das Kind am 25. Januar geheilt zu sein. Die jetzige Krankheit begann am 13. Mai mit Unbehagen, dem am 14. ein Anfall heftiger Leibschmerzen folgte, so daß das Kind „sich nicht aufrichten konnte"; zugleich stellten sich Erbrechen und Durchfall ein, die nachher nachließen. Am 15. trat das Kind in ärztliche Behandlung. Es bestanden hohes Fieber und nicht lokalisierte Schmerzen im Leib, nach 2 Tagen jedoch konnte, wie mir der behandelnde Kollege mitteilte, deutliche Spannung und Druckschmerzhaftigkeit in der Blinddarmgegend festgestellt werden. Blähungen gingen angeblich bisher ab.

Gut genährtes Kind. Puls stark beschleunigt. Temperatur im Rektum 38,5. Leib wenig aufgetrieben. Oberhalb des Nabels ohne Schmerzen eindrückbar. Unterhalb des Nabels starre Spannung der Bauchmuskeln, besonders rechts, wo auch der leiseste Druck sehr schmerzhaft empfunden wird. In der Blinddarmgegend leicht verkürzter Schall.

Operation 18. Mai abends. Chloroformnarkose. Eine deutlich abgrenzbare Anschwellung ist nicht tastbar. Rechtseitiger Schrägschnitt. Das fibrinös belegte Netz ist mit der Bauchwand verklebt. Beim Lösen der Verklebungen zur Freilegung des Coecums wird ein zwischen letzterem und der Bauchwand gelegenes Eiterdepot eröffnet, aus dem sich etwa $1^1/_2$ Teelöffel geruchlosen, gelben Eiters entleeren. Nach oben lockere Verklebungen, die bereits beim Tupfen auseinander gehen. Die Basis des Wurmfortsatzes wird sichtbar. Dieser senkt sich ins kleine Becken und erweist sich völlig frei von Verklebungen, etwas geschwollen und gerötet. Abtragung des Wurmfortsatzes. Der aufgeschnittene Processus vermiformis zeigt vielleicht etwas geschwollene, aber sonst unveränderte Schleimhaut. Beim weiteren Eindringen ins kleine Becken, aus dem etwas eitrige Flüssigkeit sickert, bekommt man die rechte Tube zu Gesicht: geschwollen, gerötet, im äußeren

Drittel ampullenförmig erweitert. Auf leichten Druck quillt aus einer kleinen Öffnung der Tubenwand ein Tröpfchen Eiter. Abbindung und Abtragung der Tube, die sich mit Eiter gefüllt erweist. Aus dem leicht verklebten Douglas wird gelber, geruchloser Eiter ausgetupft, etwa 1 Eßlöffel. Zwischen zwei Dünndarmschlingen ein weiterer Eiterherd. Die linke Tube ist ähnlich verändert wie die rechte. Da bei der allgemeinen Lage eine wesentliche Besserung der Prognose von der Entfernung auch der linke Tube nicht zu erwarten war, wird von dieser Maßnahme abgesehen, ein Drainrohr durch den Douglas in die Scheide geführt, ein Drainrohr und Gazestreifen durch die Bauchwunde geleitet und letztere verkleinert.

Im Tubeneiter wurden Kokken nachgewiesen. teils in kleinen, unregelmäßigen Häufchen, teils zu kurzen Ketten gruppiert. Gonokokken waren nicht nachweisbar.

Das Kind hatte die Operation zunächst gut überstanden. Am 19. Mai zunehmende Unruhe. Am 20. Mai früh trat der Tod ein.

Sektion 30 Stunden nach dem Tode (Dr. Sick). Der obere Teil der Bauchhöhle frei. Im unteren Teil Därme und Netz fibrinöseitrig belegt und verklebt. Links zwischen Kolon, Netz und Bauchwand ein pflaumengroßer Abszeß mit Eiter von den oben erwähnten Eigenschaften. Im Uterus einige Tröpfchen Eiter.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte erhebliche Entzündungserscheinungen am Uterus und der (linken) Tube mit augedehntem Epithelverlust. Der Wurmfortsatz wies nur geringe entzündliche Veränderungen an der Serosaseite auf; die Schleimhaut erwies sich normal. An Mikroorganismen fanden sich in den Schnitten des Uterus und der Tube in den entzündlichen Auflagerungen des Bauchfellüberzuges große Mengen Gram-positiver Kokken, teils in Häufchen angeordnet wie Staphylokokken, teils, und zwar recht zahlreich, in Diploform oder in Ketten von 4—8 Individuen. Ein Teil der Ketten weist deutliche Gliederung nach Paaren auf; bei anderen sind die Abstände zwischen den Individuen gleich groß. Eine Kapselfärbung gab keinen sicher positiven Befund. Vereinzelt fanden sich diese Kokken auf und in der Schleimhaut des Uterus und der Tube.

Wir haben es also zu tun mit einer eitrigen, nicht gonorrhoischen Endometritis und Salpingitis, als deren Erreger Staphylokokken vergesellschaftet mit, wie wohl mit Sicherheit angenommen werden darf, Streptokokken anzusehen sind.

Daß die Infektion des Bauchfelles von der Salpingitis ausging, unterliegt nach dem Befunde keinem Zweifel. Diese letztere ist offenbar zurückzuführen auf die anamnestisch festgestellte Vulvo-vaginitis. Daß die Vaginitis seiner Zeit erloschen schien, spricht natürlich nicht dagegen.

Durch den kontinuierlichen ausgeprägten Befund unterscheidet sich dieser Fall von den Riedelschen, bei welchen die Etappen des Infektionsweges teilweise keine Veränderungen erkennen ließen und bei welchen gewissermaßen ein Überspringen der einzelnen Abschnitte des Genitaltraktus zu denken ist.

Eine einigermaßen sichere Differentialdiagnose zwischen salpingitischer und skolekoiditischer Peritonitis wird ein Fluor albus in der Anamnese oder im Befund auch nicht ermöglichen, zumal der Wurmfortsatz häufiger der schuldige Teil zu sein scheint, wohl aber den Gedanken an die genitale Ätiologie wesentlich näher legen.

Ob die geradezu trostlose Prognose besser wird bei noch radikalerem Vorgehen, ob es vielleicht gelingt, in Fällen mit Neigung zur Abkapselung unter Verringerung des Eingriffes noch einige Opfer dem Tode zu entreißen, müssen weitere Erfahrungen lehren. Grätzer.

Rubens (Gelsenkirchen), Ein Fall von Einwirkung von Masern auf Psoriasis vulgaris. (Ebenda.) R. berichtet über den Fall wie folgt:

Max S., Schriftsetzer, 28 Jahre alt, leidet seit dem Jahre 1896 an Schuppenflechte, die sich über den ganzen Körper erstreckt. Das Leiden trat zeitweise so heftig auf, daß der Patient häufig monatelang seine Tätigkeit aussetzen mußte. Zehnmal machte er in Krankenhäusern längere Kuren durch, im Jahre 1901 war er sechs Monate in der Dermatologischen Klinik in Breslau. Das Leiden kehrte jedoch, wie das ja in der Natur dieser Hautkrankheit liegt, immer wieder. Vor sechs Jahren trat S. in meine Behandlung.

Er ist von ziemlich kräftigem Körperbau. Arme, Beine, Brust, Rücken und behaarte Kopfhaut sind mit der Schuppenflechte bedeckt, nur wenige Stellen sind frei. Der Juckreiz ist oft unerträglich und verursacht manche schlaflose Nacht. Von eingreifenden Kuren wollte er nichts mehr wissen, da er sie alle im Übermaß durchgemacht hatte. Weder Schwefel-, noch Teer-, noch elektrische Bäder hatten ihm wesentliche Linderung verschafft. So beschränkte ich mich darauf, ihm eine Teerpaste zu verordnen, die er abends einrieb.

So blieb der Zustand bis zum 18. November v. J. An diesem Tage wurde ich zu dem Patienten gerufen, da er seit einigen Tagen fiebere. Er gab an, sich schon acht Tage nicht wohl zu fühlen. Ich stellte Masern fest, wenngleich am Körper infolge der Schuppenflechte das Exanthem nicht deutlich hervortrat. Diese Diagnose fand auch dadurch ihre Bestätigung, daß acht Tage später die beiden Kinder an typischen Masern erkrankten. Die Krankheit nahm einen normalen Verlauf. Am dritten Tag der Erkrankung trat nun eine ganz plötzliche Erscheinung auf. Mit einem Schlage fielen sämtliche Schuppen ab, und zwar in einer solchen Menge, daß sie eine ganze Kehrschaufel anfüllten. Seit diesem Tage ist die Schuppenflechte so verschwunden, daß man von einer augenblicklichen Heilung sprechen kann. Nur leichte Hautverfärbungen zeigen die Stellen an, wo die Flechte gesessen hat. Auch die Kopfhaut, die früher am stärksten ergriffen war, ist vollständig frei geworden.

Selbstverständlich muß der weitere Verlauf abgewartet werden, ehe von einer endgültigen Heilung gesprochen werden kann. Auch ist es schwierig, für den sonderbaren Vorgang eine Deutung zu finden. Nur Vermutungen können Platz greifen. Die Ätiologie der Psoriasis ist in Dunkel gehüllt, auch das Maserngift ist unbekannt. Vielleicht ist die Wirkung so zu erklären, daß analog der heißen Schwefelbäder von längerer Dauer die durch die Masern hervorgerufene Hyperämie einen heilenden Einfluß auf die Flechte ausgeübt hat. Oder sollte doch die Lassarsche Theorie, daß die Psoriasis eine Infektionskrankheit sei, richtig und hier das schwächere Virus dem stärkeren unterlegen sein?

Grätzer.

C. Colombino, Über Bronchiolitis obliterans nach Diphtherie. (Aus dem Pathol. Institut des Krankenhauses Friedrichstadt-Dresden.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 5.) Bei einem Fall von schwerer Diphtherie, bei dem in der Rekonvaleszenzperiode Lähmungen aufgetreten waren, konnte typische Bronchiolitis obliterans nachgewiesen werden. Ob diese Erkrankung auf die durch die Diphtherie direkt gesetzte Schädigung der Bronchialwand zurückzuführen ist, oder im Anschluß an die infolge der Schlucklähmung entstandene Bronchitis sich entwickelt hat, läßt sich mit Sicherheit nicht sagen. Außerdem fanden sich bemerkenswerte Veränderungen am Gefäßsystem.

Grätzer.

Fr. Bering, Welche Aufschlüsse gibt uns die Seroreaktion über das Colles-Baumèssche und das Profetasche Gesetz? (Aus der Univers.-Hautklinik in Kiel.) (Ebenda.) Auf Grund der Erfahrungen aus den Seroreaktionen bei Syphilis kommt B. zu dem Schluß, daß bei der kongenitalen Syphilis eine Immunität der Mütter,

welche syphilitische Kinder gebären, nicht besteht: sie sind latent syphilitsch.

Die Kinder syphilitischer Mütter sind nicht immun gegen Syphilis, sondern syphilitisch oder gesund. Somit besteht weder das Colles-Baumèssche noch das Profetasche Gesetz zu Recht. Grätzer.

A. Bickel und **H. Roeder,** Über die Milcheiweißfrage in der Säuglingsernährung. (Aus dem Pathol. Institut der Universität Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 1.) Aus den Versuchen geht hervor, daß von gleichen Mengen Frauenmilch und Kuhmilch, die man zuvor durch die übliche Verdünnung und Milchzuckerzusatz ähnlich gemacht hat, die Verweildauer der Frauenmilch im Magen am kürzesten ist.

Ferner wurden in den Versuchen durch Albulaktinzusatz zur verdünnten Kuhmilch die Ansprüche dieses Milchgenusses an die Magenmotilität geringer, als wenn man lediglich verdünnte Kuhmilch verwandte. Es fand also im ersteren Falle eine Annäherung an die Werte für die Verweildauer einer gleichen Menge von Frauenmilch im Magen statt.

Endlich ergab sich im Fütterungsversuch eine Überlegenheit des Albulaktinzusatzes gegenüber dem Kaseinzusatz bei saugenden Hunden.

Mit diesen Beobachtungen stehen die klinischen Befunde im Einklang. Grätzer.

J. Hirsch, Die „physiologische Gewichtsabnahme" der Neugeborenen. (Aus dem Israel. Krankenheim zu Berlin.) (Ebenda.) H. glaubt annehmen zu dürfen:

1. daß die sogenannte „physiologische Gewichtsabnahme" der Neugeborenen nur eine scheinbare ist, d. h. daß das eigentliche Geburtsgewicht zu hoch angenommen wird, indem es in Wirklichkeit ein Bruttogewicht des Neugeborenen ist;

2. daß die scheinbare Gewichtsabnahme bedingt ist durch das Ausscheiden des Mekoniums, daß die Abnahme nur so lange anhält als die Ausscheidung des Mekoniums. Infolgedessen entspricht das geringste Gewicht dem Nettogewicht des Kindes bei der Geburt;

3. daß in geringem Maße, etwa in der Größe von 10—20 g, eine wirkliche Gewichtsabnahme stattfindet, beruhend auf Zerfall von Eiweiß und Wasserverdunstung durch die Haut;

4. daß bei genügender Ernährung das Geburtsgewicht am 8. Tage wieder erreicht wird.

Diese Annahmen beziehen sich auf gesunde Kinder bei genügender Ernährung. Grätzer.

J. Rosenstern, Rektalinstillationen bei Pylorospasmus. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 3.) Verf. hat bei Pylorospasmus eine systematische Zufuhr von Salzlösungen per rectum angewandt, und zwar nicht in Gestalt von Klismen, sondern in Anlehnung an die vielfach von Chirurgen geübte Technik in Form von Rektalinstillationen.

Als Apparat dient ein Irrigator mit langem Schlauch, in dessen Mitte ein Glasrohr mit Hahn eingeschaltet und dessen freies Ende

durch ein zweites Glasrohr mit einem längeren Darmschlauch in Verbindung gesetzt ist. Das Darmrohr wird möglichst weit eingeführt und durch Heftpflasterstreifen so am After verklebt, daß nichts ausfließen kann. Nach Füllung des Irrigators wird dann der Hahn ein wenig gelüftet, so daß die Flüssigkeit tropfenweise ausfließen kann. Nach Füllung des Irrigators wird dann ein Hahn ein wenig gelüftet, so daß die Flüssigkeit tropfenweise ausfließt, in der Minute etwa 30 bis 40 Tropfen. Man bringt den Apparat zweimal täglich für etwa zwei Stunden in Anwendung und führt auf diese Weise dem Körper ein größeres Quantum Flüssigkeit (etwa 500 ccm) zu. Als Flüssigkeit verwendet man die Ringersche Lösung:

$NaCl$ 7,5
KCl 0,42
$CaCl_2$ 0,24
Aquae 1000,0.

Während es anfangs lediglich die Absicht war, mit dieser Behandlung die Wasserverarmung zu bekämpfen, ergab sich im ersten Falle eine Wirkung auf das Erbrechen so unzweideutig, daß es geboten schien, weitere Versuche anzustellen, um zu entscheiden, ob es sich um einen Zufall oder um eine einigermaßen beständige Folgeerscheinung der Rektalinstillation handelt. In der Tat bestätigten drei weitere Fälle jene Beobachtung.

In allen vier Fällen erfolgte prompte Beeinflussung des Erbrechens zugleich mit der Anwendung von Rektalinstillationen und damit in drei Fällen der Beginn einer gedeihlichen körperlichen Entwicklung.

Grätzer.

P. H. Römer, Untersuchungen zur Ätiologie der epidemischen Kinderlähmung. (Aus dem Institut f. Hygiene u. experiment. Therapie in Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 49.) R. resümiert das Ergebnis seiner bisherigen Beobachtungen und Forschungen dahin, daß der Erreger der epidemischen Kinderlähmung mit größter Wahrscheinlichkeit nicht zu den leicht färberisch darstellbaren und leicht züchtbaren Bakterien gehört. Es läßt sich vorläufig nur diese negative Charakterisierung geben. Das Virus findet sich im Gehirn und Rückenmark der an Kinderlähmung verendeten Individuen und ist durch intrazerebrale (nach Landsteiner und Popper, sowie nach Knöpfelmacher auch intraperitoneale) Verimpfung auf Affen übertragbar. Von Fällen experimentell erzeugter Affenpoliomyelitis ist das Virus durch intrazerebrale Verimpfung erkrankter Gehirn- und Rückenmarksteile auf weitere Affen übertragbar. Es ist damit die Möglichkeit einer künstlichen Züchtung des Virus in vivo erwiesen.

Grätzer.

G. Hohmann, Zur Behandlung des Frühstadiums der Poliomyelitis anterior acuta. (Aus der K. orthopädischen Poliklinik München.) (Ebenda.) H. will auf eine Behandlungsmethode bei frischen Poliomyelitiserkrankungen hinweisen, die Prof. Lange bei 2 Fällen der allerletzten Zeit empirisch angewandt hat. Es handelte sich um Kinder im Alter von 1—2 Jahren, bei denen die Lähmung plötzlich in der Nacht nach vorausgegangenem fieberhaften Zustand aufgetreten war und die unteren Extremitäten befallen hatte.

In beiden Fällen bestand in einem Falle 8 Tage, im anderen 14 Tage nach der Lähmung noch eine starke Schmerzhaftigkeit, die durchaus im Vordergrunde der Erscheinungen stand. Die Kinder schrien heftig, vor allem bei jeder Berührung, und bei dem einen hatte man deutlich den Eindruck, daß es die Wirbelsäule steif zu halten und alle Bewegungen zu vermeiden suchte. Dies Bestreben gab den Hinweis auf die in diesem Frühstadium zweckmäßige Behandlung. H. legt ein Gipskorsett ähnlich wie bei der Spondylitis in leichter Lordosenstellung an, um die Wirbelsäule und damit das Rückenmark ruhig zu stellen. Der Erfolg zeigte sich in kurzer Zeit, indem das eine Kind alsbald, das andere in den folgenden Tagen ruhiger wurde und die Schmerzhaftigkeit deutlich nachließ.

Wenn die bisweilen im Vordergrund stehenden Schmerzen schnell durch einen Verband beseitigt werden können, so ist das sicher ein Gewinn. Es liegt sehr nahe anzunehmen, daß der Ablauf des entzündlichen Markprozesses durch eine exakte Ruhigstellung der Wirbelsäule günstig beeinflußt wird. Auch Oppenheim empfiehlt in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten im ersten Stadium der Poliomyelitis anterior acuta „absolute Ruhe“ als erstes Erfordernis, „um die Ausbreitung des Prozesses im Rückenmark hintanzuhalten“. „Man halte das Kind selbstverständlich im Bett, schütze es vor jeder forzierten aktiven Bewegung, lasse auch Husten, Pressen usw. möglichst vermeiden.“ Diese Forderungen werden am sichersten durch die Fixierung im Gipsverband erfüllt. Die weiteren Beobachtungen werden ergeben, ob dadurch auch die Ausfallserscheinungen, die zurückbleibenden Lähmungen, gemildert werden können. Neben dem Gipsverband kann selbstverständlich die übrige Behandlung des Leidens ungehindert erfolgen, wie Ableitung auf den Darm, Galvanisieren, Massage, Verhütung der Kontrakturen durch Anbinden der Extremitäten entsprechenden Schienen usw. Grätzer.

F. Warburg (Köln), Das Farbenbenennungsvermögen als Intelligenzprüfung bei Kindern. (Ebenda.) Man darf wohl das Farbenbenennungsvermögen sehr gut als Intelligenzprüfung verwerten, insbesondere bei einzuschulenden Kindern und bei Überweisung von Kindern in die Hilfsschulen. Wie bei allen Intelligenzproben hat man auch bei dieser Probe kein Normalmaß. Berücksichtigt man aber die Möglichkeit einer eventuellen Farbenuntüchtigkeit, die als angeborene Anomalie nichts mit Intelligenz zu tun hat, nimmt man ferner Rücksicht auf das Geschlecht des Kindes und namentlich auf die Art der Umgebung und der bisherigen Erziehung, so wird man in der Deutung der Ergebnisse der Farbenbenennungsprobe als Intelligenzprüfung sicher nicht leicht fehlgehen. Grätzer.

H. Neumann (Wien), Ein neues Adenotom. (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 50.) N. hat ein Instrument konstruiert, das, im Bau so grazil wie das Gotteinsche und Beckmannsche, und in der Handhabung ebenso einfach, doch vollste Sicherheit bietet gegen die Zufälle des Hinabfallens des Tumors in Ösophagus oder Larynx. Mit diesem Instrumente (das von Reiner in Wien ver-

fertigt wird) können solche unangenehme Zufälle sicher ausgeschlossen werden. Mit diesem wird der Tumor, ohne daß dadurch die Bewegung des Messers irgendwie beschränkt wird, auf einer Gabel aufgespießt festgehalten.

Das Instrument besteht aus zwei Teilen, dem Ringmesser und der Gabel. Als Ringmesser wählte N. eines nach der Beckmannschen Form. Es kann aber ebensogut auch einen ähnlichen Typus aufweisen. Nur soll der Ring, um den Tumor gut umfassen zu können, die Form eines Kreises oder eines Viereckes, nicht, wie beim Gottstein, die eines Dreieckes aufweisen. Ob das Messer selbst in der Ebene des Ringes liegt oder in einer gegen diese geneigte, ob es gerade oder gekrümmt verläuft, ist gleichgültig und dem Belieben des jeweiligen Operateurs überlassen. Wichtig ist dagegen, daß der Stiel des Instrumentes sich am Ansatze an den Ring zu einer dreiseitigen Platte verbreitert, auf der bei Ruhestellung desselben die Gabelspitzen aufruhen. Die vordere Seite des sonst runden Stiels der Kürette ist abgeplattet und trägt im oberen Teil in bestimmter Höhe zwei kurze Branchen, im unteren Teil einen kurzen Stift. Die Branchen haben den Gabelstiel zu halten und zu leiten, während der Stift, der in eine am Gabelstiel befindliche Rinne paßt, die Exkursionen desselben nach oben und unten zu beschränken hat.

Der Gabelstiel, der etwas kürzer ist als der Kürettenstiel (ohne Handgriff) weist am unteren Ende einen Ansatz für den ihn in Aktion setzenden Daumen, an seiner Innenseite die erwähnte Rinne auf und trägt am oberen Ende, durch ein leicht bewegliches Scharnier mit ihm verbunden, die dreizinkige, mit Widerhaken versehene, kurzstielige Gabel. Die Länge der Rinne und die Lage des Scharniers an der Gabel, sowie die Lage des Stiftes und der Branchen an der Kürette sind so gewählt, daß bei zurückgezogener Gabel einerseits die Gabelspitzen auf der dreiseitigen Platte aufruhen, andererseits die Branchen der Kürette den Gabelstiel oberhalb des Scharniers, dasselbe sperrend, umfassen, bei maximal vorgestoßener Gabel einerseits das Scharnier oberhalb der Branchen zu liegen kommt und so bewegungsmöglich wird, andererseits die Gabelspitzen nicht die Ebene des Messers erreichen können, sondern sich 2—3 mm unter derselben befinden. Durch die eine Anordnung wird erreicht, daß eine Abknickung der Gabel erst nach Eindringen derselben in den Tumor möglich ist, durch die zweite, daß das Messer an der in denselben eingespießten Gabel, beim Abschneiden desselben, vorbeigleiten kann.

Grätzer.

H. Binswanger (Augsburg), Ein Fall von angeborener einseitiger Choanalatresie. (Münch. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 51.)

Es handelte sich um ein 13 jähriges Mädchen, bei dem der Verschluß durch eine knöcherne Platte bedingt war. Die subjektiven Beschwerden waren sehr gering, und auch objektive Symptome waren in mäßigem Grade ausgeprägt.

Als besonders auffälliges Symptom der angeborenen Choanalatresie hebt Haug den Hochstand des Gaumens hervor, ein Befund, der auch hier vorhanden war.

Der Geruchsinn fehlte vor der Operation auf der verschlossenen Seite völlig. Die Geruchsprüfung 2 Monate nach der Operation ergab normale Geruchsempfindung.

Was die Operation betrifft, so wurde von verschiedenen Seiten bei einseitiger knöcherner Atresie die Nasenscheidewand möglichst weit hinten in ausgiebiger Weise perforiert und auf diese Weise dauernde Luftdurchgängigkeit erreicht. Auch B. ging so vor, und zwar mit bestem Erfolge. Grätzer.

Paul Sittler, Eine Hypothese zur Erklärung des Masernexanthems. (Münchner med. Wochenschrift. 1909. Nr. 52.) Bei bakteriologischer Untersuchung des Sekretes aus Mund, Nase und Konjunktiven bei Masern (nicht aber durch bakterielle Untersuchung des Blutes), gelingt es stets, neben einer Menge von anderen Mikroorganismen auf aëroben Nährböden ein überwiegendes Wachstum von den weißen Staphylokokken ähnlichen Bakterien zu erhalten. Am leichtesten lassen sich diese Kokkenkolonien auf Nährböden erzielen, wenn man Patienten mit ganz frischen Morbillen auf Agarplatten (Petrischalen) husten und sprechen, oder durch die Nase fest auf diese Platten blasen läßt. Das Konjunktivalsekret ergibt bei direkter Abimpfung (auf Platten) Wachstum dieser Kokken.

Die Kulturen dieser weißen Kokken schließen sich in allen ihren Eigenschaften denen an, die wir vom Staphylococcus pyogenes albus kennen. Aus der Gleichheit dieser Eigenschaften ist aber noch nicht der Schluß zulässig, daß auch der hier gefundene Kokkus mit dem weißen Staphylokokkus identisch sein muß. Kolle und Otto haben gezeigt, daß zwischen den verschiedenartigen Staphylokokkenarten, welche sich durch keinerlei kulturelle Merkmale, sondern nur durch die Agglutination als verschiedenartig erweisen, bezüglich der Pathogenität diametrale Gegensätze bestehen können.

Nach dem Vorgange von Kolle nnd Otto erschien es von Wert, diese bei Morbillen gefundenen Kokken vermittels der Agglutination weiter zu prüfen. Es stellte sich heraus, daß ältere Kinder, die schon Masern durchgemacht hatten, in ihrem Blutserum eine Agglutinationsfähigkeit bis zu 1 : 200 gegenüber 24 stündigen Bouillonkulturen dieser weißen Kokken der Masernfälle zeigten, während es S. mit dem Blutserum von noch nicht masernkrank gewesenen Säuglingen nicht gelungen ist, eine Agglutination dieser Kokken zu erhalten. — Gegenüber einigen anderen weißen Staphylokokkenstämmen (aus dem Mundschleim, u. a. auch von Patienten mit Rubeolen, gezüchtet) gelang es S. jedenfalls nicht, bei Personen, die Morbillen durchgemacht, eine ähnlich hohe Agglutination im Blutserum zu erhalten.

Wenn wir aus diesen Agglutinationsversuchen den Schluß ziehen wollen, daß die bei Masern gefundenen weißen Kokken mit dem Exanthem in irgendeiner Beziehung stehen, so könnten wir uns vielleicht folgendes Bild von dem Entstehen desselben machen: Die Primärinfektion bei Morbillen ist eine Infektion der oberen Luftwege mit dem gefundenen weißen Kokkus, der sich hier mehr oder weniger schnell vermehrt und lösliche Toxine ausscheidet (oder auch noch bei seinem Absterben auf den Schleimhäuten zum Freiwerden von

Toxinen Verlassung gibt.) Die Toxine gehen in den Säftestrom über und vermögen im Organismus nach einer bestimmten Inkubationszeit das Auftreten von Abwehrmaßregeln zu verursachen, welche einen ähnlichen Mechanismus zeigen wie bei der Serumkrankheit. Das Masernexanthem tritt mit einer der Serumkrankheit völlig gleichkommenden Inkubationszeit auf, die in allen Erkrankungsfällen sehr genau eingehalten wird, höchstens, daß sie um wenige Tage variiert, was mit dem schnelleren oder langsameren Wachstum (und Toxinproduktion) der Erreger auf den Schleimhäuten verschiedener Individuen sich erklären könnte. Wir hätten mit anderen Worten in den Masern eine Exanthemform vor uns, welche in analoger Weise wie beim Serumexanthem ihre Erklärung darin findet, daß der Körper gegenüber einem fremden, in seine Säfte übertretenden Agens (Toxin) Überempfindlichkeitsreaktionen zeigt. Grätzer.

v. Sicherer, Weiterer Beitrag zur Vererbung des Schielens. (Ebenda.) v. S. macht uns mit einer interessanten Familie bekannt.

Überblickt man die 3 bzw. 4 Generationen dieser Familie, so findet man, daß abwechselnd in einer Generation die Knaben, in der nächstfolgenden die Mädchen schielen. Soweit es sich in der dritten und vierten Generation durch eigene Untersuchungen, in der zweiten durch die Anamnese feststellen ließ, handelt es sich in der ganzen Familie um Strabismus convergens des linken Auges.

Die 6 schielenden Schwestern sind sämtlich hyperopisch, das rechte Auge hat fast durchweg normale Sehschärfe, das linke Auge zeigt Amblyopie und zentrales Skotom, und zwar ergibt sich weiterhin, daß die älteste Schwester die relativ geringste Herabsetzung des Sehvermögens aufweist, nämlich 6/7,5 des Normalen, während bei der jüngsten das Sehen auf Zählen von Fingern in $^1/_2$ m Entfernung gesunken ist. Der Schielwinkel beträgt bei der ältesten 5°, bei der jüngsten 35°. Ganz entsprechend der Zunahme der Herabsetzung der Sehschärfe des amblyopischen Auges nimmt auch die Größe des Schielwinkels zu.

Die Brüder dagegen sind emmetropisch und haben normale Sehschärfe.

Es bildet somit diese Familie nicht nur einen weiteren Beweis für die ja längst bekannte Tatsache der Vererbung des Schielens, sondern sie zeigt uns ebenso, wie eine früher von S. beschriebene Familie, einen durch einige Generationen hindurch zu verfolgenden, bisher noch nicht bekannten, typischen Vererbungsmodus des Strabismus. Grätzer.

Heinzmann, Beitrag zur Kasuistik der Sakraltumoren. (Aus dem städt. Krankenhause l. d. I. in München.) (Ebenda.) H. schildert den Fall wie folgt:

Elise S., 6 Wochen alt. Eintritt ins Krankenhaus am 20. VI. 99. Nach Angabe der Mutter war das Kind mit einer gut hühnereigroßen Geschwulst der Kreuzbeingegend zur Welt gekommen. Der Tumor war seit dieser Zeit gewachsen.

Befund: Sehr kräftig entwickeltes, gesund aussehendes Kind. In der Kreuzbeingegend findet sich ein mehr nach links gelegener, über mannsfaustgroßer

Tumor von prall elastischer Konsistenz, welcher mit dem Os sacri fest zusammenhängt. Rechts vom Steißbein ist eine ca. walnußgroße Geschwulst zu fühlen.

Operation am 6. VII. 99: Hufeisenförmige Inzision in der Kreuzbeingegend (mit der Konvexität nach der Lendengegend). Der große Tumor wird exzidiert; er macht makroskopisch den Eindruck eines Sarkoms. Die rechts vom Steißbein gelegene Geschwulst erweist sich als eine Hernia perinealis; Freilegung eines blind endenden Darmstückes. Reposition desselben gelingt nicht. Hautnaht.

12. VII. 99. Kind hat sich von der mit starkem Blutverlust verbundenen Operation gut erholt.

22. VII. Wunde in der Kreuzbeingegend geheilt; Entfernung der Hautnähte.

31. VII. Kind wird von den Eltern nach Hause genommen. Zarte Narbe in der Kreuzbeingegend. Allgemeinbefinden gut. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab laut Mitteilung des pathologischen Institutes in München: „Zystischer Sakraltumor".

Am 1. IV. 09, also nahezu 10 Jahre später, stellte sich das inzwischen gut entwickelte Mädchen im Krankenhaus vor. Die begleitende Mutter gab an, 2 Jahre nach der Operation habe sich in der Kreuzbeingegend eine Fistel ausgebildet, aus welcher sich Eiter entleerte. Zeitweise habe sich die Fistel wieder geschlossen; später sei die Fistelgegend wieder schmerzhaft geworden. Mit dem Aufbrechen der Fistel sei dann diese Schmerzhaftigkeit wieder verschwunden. Seit der gleichen Zeit sei in der Kreuzbeingegend wieder eine Geschwulst aufgetreten, die sich nach und nach vergrößert habe.

Die Untersuchung ergab: Ziemlich großes (1,42 m), kräftiges Mädchen, 43 kg schwer, von gesunder Gesichts- und Hautfarbe. In der Kreuzbeingegend ist eine große, hufeisenförmige Narbe wahrzunehmen, welche eine enorme Vorwölbung dieser Gegend umschließt. Das Fettpolster ist hier sehr reichlich entwickelt. Etwas median vom linken aufsteigenden Teil der Narbe läßt sich innerhalb der erwähnten Vorwölbung eine welschnußgroße harte Resistenz nachweisen. Außerdem ist in der Mitte der ganzen Vorwölbung ein knochenhartes, fingerdickes, ca. 8 cm langes Gebilde durchzufühlen. In der Nähe der oberen Krümmung der Narbe finden sich drei Eiter absondernde Fisteln. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ergibt innerhalb der Geschwulst zwei zueinander senkrecht stehende, phalangenähnliche Gebilde mit deutlicher knöcherner Struktur.

Am 11. IV. 09 Operation in Chloroformnarkose: Circumcisio tumoris entsprechend der alten Narbe. Bildung eines Hautlappens mit der Basis nach unten. In viel Fettgewebe eingehüllt befindet sich ein aus vielfachen welschnußgroßen Zysten bestehender, zwei längliche Knochenstücke einschließender Tumor, welcher auch die Kreuzbeinhöhle zum Teil einnimmt und den ganzen Beckenboden ausfüllt. Es besteht eine wahre Gelenkverbindung zwischen dem untersten Steißbeinwirbel und dem innerhalb der Geschwulst gefühlten Knochenstück. Zwischen den einzelnen Zysten finden sich zahlreiche, gefäßreiche Septa.

Eine der früher erwähnten Fisteln der Haut führt in einen innerhalb der Geschwulst gelegenen Hohlraum, dessen Innenfläche mit einer mukosaähnlichen Haut überzogen ist. Die Mukosa gleicht makroskopisch der Darmschleimhaut. Der Tumor wird exstirpiert, die zahlreichen Blutgefäße unterbunden, die Haut durch Naht geschlossen.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung, die Herr Prosektor Pivatdozent Dr. Oberndorfer vorzunehmen die Güte hatte, ergab folgenden Befund:

Kleinkindskopfgroßer, mit zwei kleinapfelgroßen Zysten besetzter rotgelber Tumor, an verschiedenen Stellen von derber, knorpelartiger Konsistenz; diese Partien von starken Fettwucherungen eingehüllt. Auf der Schnittfläche zeigen sich mehrfache kirschkerngroße Zysten, die mit Atherombrei ausgefüllt sind. Daneben mehrere Gänge, ungefähr von Ureterweite, anscheinend von Schleimhaut ausgekleidet. An einzelnen Stellen des Tumors Knorpelinseln. Der größte Teil des Tumors besteht aus mit Bindegewebe durchzogenem Fettgewebe.

Mikroskopisch: Die Zysten zeigen verschiedenes Aussehen. Eine ist mit Darmdrüsen und Follikeln versehen, ihre Wand besteht aus glatter Muskulatur, erinnert an Dickdarm. Eine 2. Zyste zeigt Plattenepithelauskleidung mit Verhornung, Haaren — Schweiß-Talgdrüsenbildung. In einer 3. Zyste indifferente Zylinderepithelauskleidung. Der Tumor besteht also aus Derivaten der 3 Keimblätter.

Diagnose: Embryoma sacrale.

Der Heilungsverlauf war ein guter. Die in den ersten Tagen einsetzende Temperatursteigerung sank bald zur Norm, aus der früher beschriebenen Fistel trat Eiterung ein. Das Allgemeinbefinden wurde gut; die Operationswunde heilte zu.

Am 7. V. 09 verließ S. die Anstalt. Der Befund war: In der Kreuzbeingegend findet sich eine hufeisenförmige Narbe, reizlos, auf der Unterlage adhärent.

Nahe der Narbe ist auf der linken Seite eine erbsengroße, wenig Eiter absondernde Fistel zu sehen. Die Haut, welche früher über dem Tumor gelegen, hat sich vollkommen an den Knochen angelegt. Das Allgemeinbefinden der S. ist sehr zufriedenstellend, das Aussehen gut.

Solche Fälle von „Foetus in foetu" sind in der Literatur mehrfach beschrieben; der vorliegende ist dadurch noch kompliziert, daß gleichzeitig Anlage von Schwanzbildung besteht. Auch der klinische Verlauf ist merkwürdig.

Grätzer.

Engelmann und Kock, Die osmotische Konzentration der Säuglingsmilchmischungen und ihre praktische Bedeutung. (Aus der städt. Frauenklinik zu Dortmund.) (Mediz. Klinik. 1910. Nr. 2.) Unter den verschiedenen Nachteilen der Kuhmilchverdünnung führt Heubner auch die ungünstige Beeinflussung der osmotischen Konzentration an, die höchstwahrscheinlich für die Resorption eine wichtige Rolle spielt. Es muß darum unser Bestreben sein, diese Milchmischungen auch inbezug auf die molekulare Konzentration der Muttermilch möglichst gleich zu machen. Hauptsächlich kommt die sogenannte Drittelmilch in Betracht, d. h. 1 Teil Milch und 2 Teile einer 8%igen Milchzuckerlösung. Die Konzentration der Vollmilch ist etwa gleich der der Muttermilch, die Konzentration der Drittelmilch ist erheblich niedriger. Der Zusatz des Milchzuckers erhöht sie zwar wesentlich, aber nicht genügend, um sie der Muttermilch gleich zu machen. Noch ungünstiger liegen die Verhältnisse bei der gebrauchsfertigen, d. h. der im Soxhlet sterilisierten Milch, da die Konzentration durch Kochen abnimmt.

Auf welche Weise kann man nun diese Differenzen ausgleichen? Durch Vermehrung der Milchzuckermenge oder durch Zusatz eines Salzes. Eine Erhöhung der Milchzuckerquantität ist für die Verdauung nicht wünschenswert, es blieb also nur der Weg, kleine Salzmengen der Drittelmilch hinzuzusetzen. Die Versuche ergaben, daß hierzu der Zusatz von 65—70 cg NaCl pro Liter Flüssigkeit nötig ist. Reduziert man diese Salzmenge auf die für das übliche Tagesquantum von 500—600 ccm im ersten Monat notwendige Quantität von ca. 0,4 g, so entspricht dies ungefähr einer „Prise" Salz.

Soxhlet hat seinem Nährzucker ebenfalls 2% Kochsalz zugesetzt. Verff. versuchten nun festzustellen, ob durch diesen Salzgehalt der Nährzucker auch die Konzentration der Milchmischungen in stärkerer Weise beeinflußt als der einfache Milchzucker. Es wurde zunächst die von Soxhlet vorgeschriebene Mischung geprüft (225 g Milch, 425 g Wasser und 45 g Nährzucker). Und es ergab sich, daß eine 5%ige Milchzuckerlösung eine etwas höhere Konzentration hat, als eine 5%ige Nährzuckerlösung. Erst 80 g Nährzucker genügen, um die Drittelmilchmischung zur nötigen Konzentration zu bringen. Ein solcher Zusatz ist dem Säugling nicht schädlich.

Jedenfalls ist es zweifellos, daß Zusatz einer genügenden Menge Salz zur Säuglingsnahrung von größter Bedeutung ist. Grätzer.

W. Spitzmüller, Ein Beitrag zur infantilen Tabes. (Aus dem Kaiserin-Elisabeth-Kinderspital in Bad Hall.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 4.) Es war im ersten Moment bei der Diagnosestellung der Zweifel aufgetaucht, ob bei dem 13jährigen Knaben Tabes oder Friedreichsche Ataxie vorläge.

Allein nach H. Lüthje ist das Grundsymptom der Friedreichschen Krankheit eine progrediente Ataxie mit fehlenden Sensibilitäts- und Sphinkterenstörungen, während im vorliegenden Fall sowohl Sensibilitäts- als auch Sphinkterenstörungen, letztere sogar in hervorstechender Weise nachweisbar waren. Die Friedreichsche Ataxie zeigt übrigens noch eine Menge mehr weniger charakteristischer Eigenschaften, die hier fehlten, z. B. ihr familiärer Typus, fast immer das Vorhandensein des Babinski, so daß nach Ceston sich daraus sogar die beobachtete permanente Dorsalflexion der großen Zehe ableitet usw., sodaß trotz der verschiedenen Formen, welche die Friedreichsche Krankheit, die Mariesche Hérédoataxie cérébelleuse und ihre Übergangsbilder darbieten, der vorliegende Fall doch nie unter selbe eingereiht werden konnte.

Tatsächlich konnte derselbe nur als Tabes gedeutet werden.

Von den bis heute bekannten infantilen Tabesfällen ist bei 74,5 % teils Lues acquisita, größenteils Lues congenita nachgewiesen. Obiger Fall ist exquisit ein solcher, bei welchem weder anamnestisch noch klinisch, weder bei den Eltern noch beim Kinde Lues nachweisbar war, und doch war die Wassermannsche Reaktion positiv. Es würde gewiß sehr interessant sein, in allen solchen Fällen, in denen keine sicheren Hinweise auf vorhergegangene Lues eruierbar sind, eine Blutuntersuchung vorzunehmen. Leider ist darüber in der Literatur nichts zu finden.

Bemerkenswert ist ferner, daß ganz wie beim Erwachsenen in obigem Falle die Ataxie das hervorstechendste Symptom war, dieselbe ist nach Marburg nur in 56 % der Fälle zu verzeichnen.

Schließlich sei hervorgehoben, daß auch hier wieder wie in mehreren früheren Fällen die Blasenstörung als initiales Symptom mit dem beginnenden neunten Lebensjahre auftrat, eine Erscheinung, welche dem Kinderarzt bei Fällen, bei welchen er wegen plötzlich beginnender Enuresis konsultiert wird, in Erinnerung kommen sollte, da eine so unschuldige und häufig vorkommende Erscheinung ab und zu einmal das Prodrom einer schweren organischen Läsion sein kann.

Grätzer.

Hürter, Ein Fall von anscheinend geheiltem kindlichen Diabetes. (Aus der Akademie f. prakt. Medizin in Köln.) (Ebenda.) Es handelte sich um ein $10^1/_2$ jähriges Mädchen.

Bei dem jugendlichen Alter, der erblichen Belastung und der erheblichen Beeinflussung des Allgemeinbefindens durch den Diabetes glaubte man anfangs die Prognose ungünstig stellen zu müssen. In dieser Annahme wurde man noch durch den Umstand bestärkt, daß

es nur gelang, die Glykosurie durch strenge Diät mit Eiweißeinschränkung und durch Einschieben von Gemüsetagen zum Verschwinden zu bringen.

Wenn H. nun in diesem Falle von Heilung spricht, so ist er sich wohl bewußt, daß er diese bis jetzt nur für einige (10) Monate garantieren kann. Auf Grund der Anamnese neigt er zu der Ansicht, daß der vorliegende Prozeß ein ganz akuter gewesen ist, der durch die Aufmerksamkeit der Angehörigen alsbald therapeutisch beeinflußt werden konnte. Naunyn macht schon darauf aufmerksam, daß unter den geheilten Fällen von Diabetes sich auffallend viele Kinder befinden. Er führt diese bemerkenswerte Tatsache darauf zurück, daß die Erkrankung in ihren ersten Anfängen bekämpft wurde.

Auch H. möchte auf diesen Punkt das Hauptgewicht legen und sieht in dem Umstande, daß die äußeren Verhältnisse es in seinem Falle ermöglichten, die diätetischen Verordnungen zeitig und streng durchzuführen, den Erfolg seiner Therapie. Grätzer.

A. v. Reuß und **B. Sperk** (Wien), Die Ernährungsstörungen des Säuglings. (Versuch einer Einteilung auf physiologischer Grundlage.) (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1910. Nr. 2.) Der folgende Einteilungsversuch hat den Zweck, die Ernährungsstörungen von dem allgemeinsten Gesichtspunkt, nämlich der Zelle, ausgehend zu betrachten. Bei der unleugbaren Wichtigkeit der Darmzelle für das Zustandekommen der Ernährungsstörungen erscheint es zweckmäßig, diese der Organzelle[1]) gegenüberzustellen. Verff. glauben, daß es dadurch gelingt, die innigen Wechselbeziehungen, die zwischen Darm- und Organzelle bestehen, deutlich hervortreten zu lassen.

Sie unterscheiden demnach zwischen einer Schädigung des Gesamtorganismus, wobei die Darmzelle mit inbegriffen sein kann, und je nach dem Sitz der primären Schädlichkeit zwischen einer Schädigung der jenseits des Darmes gelegenen Zelle und einer solchen der Darmzelle selbst. Neben diesen auf einer Zellschädigung beruhenden Störungen gibt es solche, die in analoger Weise auf eine funktionelle Rückständigkeit der Zelle zu beziehen sind. Im Hinblick auf die vorher angedeuteten innigen Wechselbeziehungen zwischen Darm- und Organzelle ist die häufige Folge der primären Schädigung einer von beiden die sekundäre Schädigung der anderen. Daraus ergeben sich die Allgemeinerscheinungen bei Verdauungsstörungen und die Verdauungsstörungen bei Allgemeinerkrankungen.

Auf Grund dieser Überlegungen kommen Verff. zu folgendem Schema:

Ursachen der Ernährungsstörung:

A. Intestinal.

1. Funktionelle Rückständigkeit der Darmzelle (angeboren):

a) physiologische (normale) Rückständigkeit, die den Säugling zur Ernährung durch die Mütter bis zu einem gewissen Grade zwingt (Hamburgers extrauterine Abhängigkeit);

[1]) d. h. der jenseits des Darmes gelegenen Zelle.

Schwierigkeit der künstlichen (nach Schloßmann unnatürlichen) Ernährung.

b) die durch ein Verharren auf fötaler Entwicklungsstufe bedingte (plazentare) Rückständigkeit der Darmzelle (vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, Frühgeburt).

Schwierigkeit der Aufzucht Frühgeborener, selbst bei natürlicher Ernährung.

2. Schädigung der Darmzelle (erworben):

Magen-Darmkrankheiten im engeren Sinn: Dyspepsie mit den Zeichen mangelhafter Ausnutzung aller oder einzelner Milchbestandteile, Katarrh, Enteritis usw.

a) Reaktion der gesunden Darmzelle auf aphysiologische Reize:

α) chemische und physikalisch-chemische;
Überschreitung der Toleranzbreite durch zu starke Inanspruchnahme der Zelle durch zu große Mengen einzelner oder aller Nahrungsbestandteile. Schädigung durch die Kuhmilchmolke infolge der physikalischen Unterschiede gegenüber der Frauenmilchmolke (L. J. Meyer).

β) toxische;
Ektogen zersetzte Nahrung oder endogen entstandene bakterielle Zersetzungsprodukte (Chymusinfektion nach Escherich).

γ) rein infektiöse;
Echte Darminfekte, hervorgerufen durch pathogene Mikroorganismen und ihre Toxine (Dysenterie, Streptokokken usw.);

δ) andere Reize, wie mechanische oder thermische, spielen in der Ätiologie der E.-S. eine untergeordnete Rolle.

b) Reaktion der Darmzelle des Allgemeinbeschädigten oder schon in seiner Anlage anormalen oder funktionell rückständigen Organismus auf innerhalb der normalen Toleranzbreite gelegene oder die sub a) genannten aphysiologischen Reize.
Stadium dyspepticum der Finkelsteinschen Einteilung.

B. Intermediär.

1. Funktionelle Rückständigkeit der Organzelle (angeboren):

a) physiologische (normale) Rückständigkeit: mangelhafte Assimilationsfähigkeit der Körperzelle für die Resorptionsprodukte artfremder Nahrung (extrauterine Abhängigkeit);
Absoluter oder relativer Mangel an artspezifischen Zwischenkörpern (Pfaundlers Heterodystrophie).

b) die durch ein Verharren auf fötaler Entwicklungsstufe bedingte (plazentare) Rückständigkeit, welche die Körperzelle für die intestinale Ernährung überhaupt, selbst für die Verarbeitung der Resorptionsprodukte arteigener Nahrung relativ minderwertig macht.
Atrophie der Brustkinder, im Sinne der Theorie Pfaundlers als Homodystrophie zu bezeichnen.

2. Schädigung der Organzelle (erworben):

a) der gesunden Organzelle:

α) durch unzweckmäßige Nahrung (qualitativ und quantitativ), die nicht notwendig zu klinisch nachweisbaren Darmprozessen führen muß; Atrophie, Nährschäden.

β) durch Rückwirkung abnormer Vorgänge im Darm: Resorption toxischer Produkte, oder normalerweise nicht die Darmwand passierender Bestandteile des Darminhaltes bei geschädigter Darmwand, oder Entziehung von Stoffen, die für den intermediären Stoffwechsel wichtig sind (Alkalipenie, relative Azidose);

b) der kranken, in der Anlage anormalen oder funktionell rückständigen Organzelle durch die sub a) genannten Faktoren oder an sich normale Resorptionsprodukte.

Finkelsteins Dekomposition und alimentäre Intoxikation.

Grätzer.

Fritz Frank, Die Resektion bei Fußgelenkstuberkulose nach Bardenheuer. (Zeitschrift f. Chir. Bd. 99. S. 480.) Im Kölner Bürgerhospital wird seit 1886 die Tuberkulose der Fußwurzel und des Fußgelenks durch Resektion mit vorderem Querschnitt behandelt. F. hat von den 45 in den Jahren 1903—1908 Resezierten bei 30 Aufschluß über ihr Befinden, ihre Geh- und Leistungsfähigkeit teils durch Nachfrage, teils durch Nachuntersuchung erhalten.

Unter den 45 Fällen war man nur 1 mal genötigt, sekundär zu amputieren. Es handelte sich um eine 70 jährige Frau, die gleichzeitig Rippenkaries hatte und bald nach der übrigens atypischen Resektion der tuberkulösen Fußwurzel (Cuboid, Cuneiformia) an schnell fortschreitender phlegmonöser Entzündung des Fußes und Vereiterung der Wundflächen erkrankte. Primär amputiert wurde gleichfalls nur in einem Falle, nachdem man sich bei der Multiplizität der Knochenherde, die die über 50 Jahre alte Frau aufwies, davon überzeugt hatte, daß nur die überaus schnelle Fortschaffung der Herde von Nutzen für die Rettung der Kranken sein könne.

Von den 45 Resezierten sind in der seit der Resektion verstrichenen Zeit 5 gestorben, während des Aufenthalts im Hospital 1 (die 70 jährige Frau, nachdem sie sich von der sekundären Amputation erholt hatte, an Macies infolge Dekrepität und Rippenkaries). Ein Knabe starb $^1/_2$ Jahre später an Lungenphthisis, eine weitere Patientin an Uteruskarzinom bei völlig wiederhergestellter Leistungsfähigkeit hinsichtlich des Fußes. Über die Todesursache in zwei weiteren Fällen war nichts zu ermitteln.

Unter den 30 Fällen, bei denen das Ergebnis näher bekannt ist, sind 27 völlig ausgeheilt. Schmerzen, Schwellung oder Fisteln fehlen. Bei einer 59 Jahre alten 1905 operierten Patientin zeigte sich ab und zu eine kleine tuberkulöse Anschwellung in der Nachbarschaft der Resektionsnarbe, die aber auf einfache Eingriffe ausheilte und das funktionelle Resultat nicht beeinträchtigte. Ein Patient steht wegen leichter Fistelbildung noch in Behandlung, wenngleich er im Gipsverband einhergeht. Ein weiterer Fall wurde aus der noch nicht abgeschlossenen Behandlung fortgenommen.

Was das funktionelle Resultat in den 27 Fällen angeht, so ist dasselbe in 23 Fällen mit gut und sehr gut zu bezeichnen, in 4 Fällen

ist das Gehvermögen mäßig und dementsprechend auch die Leistungsfähigkeit beschränkt. In 18 Fällen war die Bewegungsfähigkeit eine gute und schwankte zwischen 15° nnd 25°, in 6 Fällen bestand Ankylose meist in mäßiger Spitzfußstellung, in 2 Fällen bestand ein mehr oder weniger starkes Schlottergelenk. In 15 Fällen war eine aktive Streckfähigkeit des Fußes in dem oben bezeichneten Ausmaß vorhanden. Aktive Beugungsfähigkeit der Zehen bestand in der Mehrzahl der Fälle, Streckfähigkeit 12 mal.

Die Verkürzung des Beines schwankte zwischen 3 und 4 cm, nur in einem Falle, in dem größere Teile der Tibia und Fibula verloren gegangen waren, betrug sie 8 cm. Sie wurde gewöhnlich leicht durch Erhöhung des Absatzes und mäßige Beckensenkung ausgeglichen. Nur bei Schlottergelenken erwies sich das dauernde Tragen eines Schienenschuhes als erforderlich. Joachimsthal.

Götting, Über die bei jungen Tieren durch kalkarme Ernährung und Oxalsäurefütterung entstehenden Knochenveränderungen. (Virchows Arch. Bd. 197.) G. berichtet über mikroskopische Untersuchung von Knochen kalkarm ernährter und anderer mit Oxalsäurezusatz gefütterter Tiere. Seine bei den ersteren erhobenen Befunde sind im wesentlichen dieselben wie die von Mya und Stötzner, nur weicht er in der Erklärung der Genese dieser Befunde von diesen Autoren ab.

Die bei der endochondralen und periostalen Ossifikation gefundenen Veränderungen sind die, die sich auch bei Rachitis finden. Es besteht aber zwischen beiden Affektionen der wesentliche Unterschied, daß es sich bei Rachitis um ein Kalklosbleiben des neugebildeten osteoiden Gewebes (Sommer), hingegen bei kalkarmer Fütterung um eine gesteigerte Resorption verkalkten Knochens handelt. Die Ursache für die mangelhafte Kalkablagerung bei Rachitis ist in einer besonderen Eigenschaft des osteoiden Gewebes selbst zu suchen. Die Fütterung mit Oxalsäure kann ebenfalls der Rachitis ähnliche Störungen hervorrufen, doch ist auch hier die Verkalkung des osteoiden Gewebes nicht gestört. Zu einer einwandfreien Erklärung der Genese der Knochenveränderungen bei den Oxalsäuretieren ist G. nicht gelangt, wodurch aber der wesentliche Punkt nicht berührt wird.

Die Verbreiterung des Knorpelwucherungsschicht und periostale Wucherungen hält G. nur für sekundäre, nicht das Wesen der Rachitis ausmachende Erscheinungen. Bauer (Jena).

Schorr, Über Wolfsrachen vom Standpunkte der Embryologie und pathologischen Anatomie. (Virchows Arch. Bd. 197.) Verf. hat 61 Fälle von Wolfsrachenbildung anatomisch untersucht. Auf Grund seines Materiales kommt er zu dem Schlusse, daß es sich bei dieser Mißbildung nicht nur um die Einwirkung äußerer Ursachen wie Amnionstränge, Hydrozephalus, Störungen in den Lagebeziehungen von Gaumenplatte und Zunge, Störungen der Zahnentwicklung usw. handele. Es handelt sich nach Verf. bei der Wolfsrachenbildung vielmehr nur um innere Ursachen, ein Versagen der „Aufbauenergie", wie er es nennt, während die „Wachstumsenergie", die den unvollständig

ausgebildeten Gaumen weiter wachsen läßt, erhalten bleibt. Die in der Literatur bisher niedergelegten Ansichten über das Zustandekommen des Wolfsrachens werden einzeln besprochen und kritisiert.

Bauer (Jena).

Ossian Sundin (Lund), Zur Frage von der Menstruation während des Stillens. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 7.) Daß bei der Laktation Amenorrhöe in etwa der Hälfte der Fälle fehlt, ist schon länger bekannt: Louis Mayer (1873) fand 58,7 % Menstruierende unter den Stillenden, Bendix (1898) 60 %, Heil (1906) sogar 62 %, Essen-Möller (1906) 59 %. Dagegen wendete Thorn (1907) ein, „daß, wenn statistische Zahlen wirklich etwas beweisen sollen, so dürfen nur ausschließlich Stillende berücksichtigt, jede Zufütterung, welcher Art sie auch sei, muß ausgeschaltet werden". Unter Berücksichtigung dieses Punktes hat Verf. eine neue Statistik von 400 Fällen aufgestellt und ähnliche Resultate erhalten: „Unter 335 Frauen, deren Kinder ausschließlich Brustnahrung erhielten, trat die Menstruation während des Stillens ein bei 186 = 55 %; Amenorrhöe hatten 129 = 38,5 %; 20 Frauen = 6 % hatten während einer Laktation die Regel, während einer anderen nicht." Am Schlusse der kleinen sorgfältigen Studie heißt es:

„Es hat sich also aus dieser neuen Untersuchung am Material aus Lund herausgestellt, daß über die Hälfte aller stillenden Frauen während der Laktation menstruieren (55—59 %), und daß unter den Laktationen mit gemischter Nahrung in 59,6 % die Regel unabhängig und nur in 23 % im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der gemischten Nahrung auftrat. Es scheint also nicht möglich, zu behaupten, daß das Wiederauftreten der Regel während der Laktation von der Zufütterung abhängt. Welche Ursachen es sind, welche dies Wiederauftreten bestimmen, ist freilich vorläufig nicht bekannt. Man kann Thorn nur beistimmen, wenn er zu weiteren Untersuchungen in dieser Hinsicht an größeren Serien auffordert. Das rein wissenschaftliche Interesse des Gegenstandes ist dabei ebenso groß wie die Rücksicht auf die Säuglingsfürsorge."

Wegscheider.

O. Kalb (Heidelberg), Über angeborene multiple, symmetrisch gruppierte Narbenbildungen im Gesicht. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 27.) Bei einem neugeborenen kräftigen Mädchen fanden sich symmetrische punktförmige Narben im Gesicht, die in ihrer Verbreitung, wenn auch nicht ganz genau, dem Verlaufe des ersten und zweiten Trigeminusaste entsprachen. Zur Deutung zieht Verf. eine intrauterin abgelaufene Infektionskrankheit, etwa Varizellen, oder auch Herpes zoster heran; doch hat er bisher keine gleiche Beobachtung in der Literatur auffinden können. Mutter und Kind sind sonst vollkommen gesund, und auch die Schwangerschaft ist ohne Trauma oder andere Störungen verlaufen. Wegscheider.

Rob. Füth (Metz), Radialislähmung nach Oberarmbruch bei der Armlösung. Freilegung des Nerven. Heilung. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 34.) 32 Tage nach der gut geheilten Fraktur eines Humerus in der Mitte bestand die schon am zweiten

Tage post partum festgestellte Radialislähmung noch unverändert, sodaß F. sich gezwungen sah, die Einklemmungsstelle zwischen den Köpfen des M. triceps aufzusuchen und den Nerven, der eine deutliche Schnürfurche zeigte, mit Pinzette und Messer herauszupräparieren. Binnen ganz kurzer Zeit trat völlige Heilung ein. Bisher sind nur partielle Lähmungen nach solchen Geburtstraumen beobachtet; operiert wurde bei Säuglingen noch nie. „Jedenfalls empfiehlt es sich, nicht zu lange zu zögern, da der durch die Operation zu erzielende Gewinn zu der Gefahr des kleinen chirurgischen Eingriffs in keinem Mißverhältnis steht.“ Wegscheider.

Kocks (Bonn), Doppelseitigkeit des Herpes zoster faciei und der Fall Kalb. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 35.) K. weist auf seine 1871 geschriebene Dissertation über Herpes zoster ophthalmicus hin, in der die Literatur über 80 Fälle dieser Affektion zusammengestellt ist. Darunter sind schon 4 Fälle von Doppelseitigkeit, also bilateralem Herpes zoster des Trigeminus beschrieben; Kalbs Fall wäre also der fünfte. „Die Doppelseitigkeit der Affektion ist demnach keineswegs ein Bedenken gegen die Diagnose auf Herpes zoster des Trigeminus, wie Kalb glaubt, und ich halte seine Vermutung, daß es sich in seinem Fall um einen intrauterinen Herpes zoster faciei handelt, für durchaus berechtigt.“ Wegscheider.

C. Hoerder, Über Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener mit Überdruckapparat. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 42.) Eingehende Beschreibung eines Apparats, der dem von Brat & Schmieden (1908) angegebenen, zur künstlichen Atmung dienenden nachgebildet ist und sowohl die aspirierten Massen ansaugen als auch Luft in die Lungen blasen kann. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Leider ist das Verfahren H.s bisher nur an der Leiche erprobt. Wegscheider.

Alt (Uchtspringe), Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. Heft 3 u. 4.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die vielfach vertretene Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 anstaltspflegeberechtigte jugendliche Epileptiker und Idioten weniger der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge benötigten als Erwachsene, ist unzutreffend. Gerade die jugendlichen Kranken der genannten Art sind in besonderem Maße genauer psychiatrischer Untersuchung und Behandlung zugängig und bedürftig. 2. Eine Sonderung der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit oder nach Krankheitsformen in verschiedenen Anstalten ist unzweckmäßig und undurchführbar. 3. Die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt verdient den Vorzug vor Sonderanstalten für jugendliche Kranke der genannten Art. 4. Für viele jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und namentlich Idioten

ist die Ergänzung der Anstalt durch eine psychiatrisch organisierte Familienpflege besonders segensreich. Arthur Stern.

Behr, Die komplizierte hereditär-familiäre Optikusatrophie des Kindesalters. Ein bisher nicht beschriebener Symptomenkomplex. (Aus der Univ.-Augenklinik Kiel.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Augustheft 1909.) Mit besonderer Vorliebe wird das Auge und seine Adnexe von den mannigfachen und in ihrem Wesen noch völlig unbekannten hereditären und familiären Noxen in Mitleidenschaft gezogen, die hier verschiedenartigste und zum größten Teil gut charakterisierte Veränderungen hervorrufen. Insbesondere ist das nervöse optische System ein Lieblingssitz dieser Erkrankungsform. Wenn wir von der Retinitis pigmentosa und ähnlichem ganz absehen, kann eine Optikusatrophie in fast allen, um nicht zu sagen in allen bis jetzt bekannten klinischen Erscheinungsformen der hereditären bzw. familiären Hirn-Rückenmarkserkrankungen als komplizierendes Symptom hinzutreten; in einigen gehört sie als Kardinalsymptom direkt zum Krankheitsbilde.

Das Gebiet der hereditären Nervenerkrankungen ist jedoch trotz zahlreicher Arbeiten, besonders von neurologischer Seite, noch immer eins der am wenigsten erforschten in der Pathologie. Es mag dies zum Teil darin begründet sein, daß es eine besondere Eigentümlichkeit dieser Erkrankungsform ist, chamäleonartig wechselnde Symptomgruppen zu schaffen, insofern als derselbe Krankheitsprozeß wohl durchaus übereinstimmende Krankheitsbilder bei den einzelnen Mitgliedern einer und derselben Familie, dagegen verschiedenartige und in mancher Beziehung abweichende bei den verschiedenen Familien hervorruft. Von diesem Gesichtspunkt aus ist der Ausspruch von Jendrássik getan, daß es ebenso viele Typen hereditärer Nervenkrankheiten wie erkrankte Familien gibt.

Immerhin sind doch charakteristische Symptomgruppen zusammengefaßt, die durch ihre relativ häufige Wiederkehr als ganz bestimmte Krankheitstypen imponieren müssen. 1861 veröffentlichte Friedreich Fälle von „hereditärer Ataxie" und stellte damit ein klinisches Krankheitsbild auf, dem auch bis heute keine neuen wesentlichen Eigenschaften angefügt werden konnten, wenn wir von der Pierre Marieschen Modifikation der „Hérédoataxie cérébelleuse" mit Optikusatrophie absehen. Zehn Jahre später erschien dann die Arbeit Lebers über „hereditäre und kongenital angelegte Sehnervenleiden". Auch dieser Symptomenkomplex konnte durch die zurzeit über 300 Einzelfälle betreffenden kasuistischen Mitteilungen der Literatur nur in einigen nebensächlichen Punkten ergänzt werden. Seitdem wurden noch verschiedene andere Erkrankungstypen des Zentralnervensystems auf hereditärer Grundlage mit regelmäßiger oder komplizierender Beteiligung des optischen Systems aufgestellt.

B. war nun in der Lage, in der Kieler Univ.-Augenklinik bei sechs Knaben, darunter zwei Brüdern, einen ganz eigenartigen Symptomenkomplex zu beobachten, in welchem eine mit der Leberschen Form völlig übereinstimmende doppelseitige Optikusaffektion mit den durch sie bedingten Funktionsstörungen den Kern des klinischen

Bildes darstellt, um den herum sich ganz bestimmte leichtere Störungen organischer Natur in anderen Systemen gruppieren. Sowohl hinsichtlich ihres übereinstimmenden Verlaufes wie der Eigenartigkeit der Symptomgruppierung lassen sich diese Fälle in keine der bis jetzt bekannten Typen hereditärer Nervenkrankheiten mit Optikusbeteiligung einreihen.

Es fanden sich eine doppelseitige, vorzugsweise temporale Optikusatrophie bzw. eine doppelseitige Neuritis optici, zentrale Skotome, auf beiden Augen fast gleich schwere Sehstörungen, leichte Spasmen und Reflexsteigerung in den Extremitäten ohne paretische Erscheinungen, leichte Ataxie, unsicherer schwankender Gang, Blasenschwäche und eine leichte geistige Minderwertigkeit.

Wenn wir von den beiden letztgenannten Störungen absehen, so sind es drei bestimmte nervöse Systeme, die krankhafte Veränderungen aufweisen: In erster Linie das optische, und zwar in seinem peripher vom Chiasma gelegenen Teil, dann in einer leichten Form die Bahnen der Koordination und die Pyramidenbahn.

Bekanntlich finden sich nun in den verschiedenen bis jetzt aufgestellten Typen familiärer bzw. hereditärer Nervenerkrankungen ebenfalls diese drei Symptome vorzugsweise ergriffen. Jedoch läßt sich der von B. hier geschilderte Krankheitszustand durch unterscheidende Punkte von diesen abgrenzen.

Das von B. scharf umzeichnete Krankheitsbild prägt sich sonach folgendermaßen aus: I n den ersten Lebensjahren, möglicherweise sogar auch schon kongenital, tritt ein ganz charakteristischer Symptomenkomplex auf, der in bezug auf den Augenbefund vollkommen übereinstimmt mit der familiären Optikusatrophie Lebers, außerdem aber noch leichte Störungen von seiten der Pyramidenbahn (Hypertonie und Reflexsteigerung), der Koordination (Ataxie und unsicheren Gang) Blasenstörungen und eine geringe geistige Minderwertigkeit aufweist. Die Augenveränderungen stehen bei weitem im Vordergrunde des ganzen Krankheitsbildes. — Dieser Zustand bleibt durch viele Jahre hindurch vollkommen stationär und ist bis jetzt nur bei Knaben beobachtet worden.

Um einmal die Sonderstellung dieses Symptomkomplexes, anderseits die Verwandtschaft mit der familiären Optikusatrophie zu betonen, schlägt B. als Bezeichnung vor: „komplizierte infantile familiäre Optikusatrophie", und demgegenüber für die Lebersche Form: „unkomplizierte juvenile familiäre Optikusatrophie".

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. v. Reuß und **B. Sperk,** Der Einfluß der Zuckerentziehung auf die Darmreizsymptome bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 1.) Nach den Beobachtungen

am klinischen und ambulatorischen Krankenmaterial scheint die günstige Wirkung der Zuckerentziehung auf die Darmreizsymptome unleugbar. Bei denjenigen Fällen, bei denen die Darmreizsymptome auch bei Kaseinfettdiät weiterbestanden, glauben die Verff. vorderhand eine schädliche Einwirkung des Fettes (Reizung durch Zersetzungsprodukte derselben) annehmen zu müssen. In der überwiegenden Zahl der Fälle war aber die Verabreichung der zuckerfreien, bzw. zuckerarmen Nahrung von so durchschlagendem Erfolg, daß die Verff. ihre praktische Verwendung auf das entschiedenste befürworten müssen. Ihre Erfahrungen decken sich also mit den Angaben Finkelsteins.

Die schematische Behandlung des Stadium dyspepticum gestaltet sich nach diesen Erfahrungen am zweckmäßigsten folgendermaßen:

1. 24 stündige Hungerdiät (Saccharintee).

2. Kaseinfette eventuell Kaseinfett-Ringerlösung, entsprechend dem Alter des Kindes auf das Volumen der Vollmilch oder Halbmilch aufgefüllt. Die damit verbundene Entziehung der Kohlenhydrate und anderer Molkenbestandteile und die daraus resultierende Unterernährung läßt es wünschenswert erscheinen, diese Diät nur solange als unbedingt notwendig beizubehalten.

3. Nach Schwinden der Darmreizsymptome Übergang zu der dem Alter entsprechenden Milchmischung ohne Zuckerzusatz.

4. Allmählicher Zusatz von Zucker, und zwar anfangs Soxhlet Nährzucker bis zu 5% des Gemisches, in leichteren Fällen Rohrzucker. Der Milchzucker scheint von den gewöhnlich zur Verwendung gelangenden Zuckerarten derjenige zu sein, der am meisten die Gärungsvorgänge und die durch sie hervorgerufenen Darmreizsymptome begünstigt.

Die Verwendung der Molke bei schweren Darmsymptomen ist kontraindiziert. Ebenso ist es unleugbar, daß in vielen Fällen sich die Frauenmilch bei bestehenden Darmreizsymptomen entschieden nicht als die geeignete Nahrung darstellt. Es steht dies im Einklang mit den Beobachtungen Raczynskis, der zur Behebung der Dyspepsie der Brustkinder die Zufütterung von Kuhmilch empfahl, eine Behandlungsmethode, die heute auch von Finkelstein vertreten wird. Gelegentlich einer Diskussion in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde berichtete auch Riether über seine guten Erfahrungen mit Beifütterung von Buttermilch zur Brust bei Dyspepsien der Brustkinder.

Was die Erklärung der günstigen Wirkung einer zuckerarmen oder -freien Nahrung für die Behandlung des Stadium dyspepticum betrifft, so kommen folgende Möglichkeiten in Betracht:

1. Die durch die Gärung entstandenen saueren Produkte üben als solche auf die mehr oder weniger empfindliche Darmzelle des kranken Kindes, bei einer über das physiologische Maß hinausgehenden Steigerung auch auf die des gesunden Kindes eine schädigende Wirkung aus, die sich in Entzündungserscheinungen, Funktionsstörungen und abnormer Durchlässigkeit der Darmwand für die oben erwähnten Substanzen des Darminhalts äußert.

2. Der zuckerhaltige Darminhalt ist ein günstiger Nährboden für toxinbildende, eventuell auch normalerweise im Darm vorkommende Bakterien.

3. Das in reichlicher Menge zugeführte Kasein wirkt als solches günstig auf die Einschränkung der Gärungsprozesse, da es als „Provokator bedeutender Massen von alkalischem Darmsekret" zur Neutralisation saurer Produkte beiträgt und den der Gärung antagonistischen Prozeß der Darmfäulnis begünstigt. Grätzer.

H. Schramm (Lemberg), Zur Kenntnis der sogenannten Sakraltumoren. (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 2.) Schilderung von 6 Fällen, welche sehr interessante Befunde gaben.

Grätzer.

C. Leiner und R. v. Wiesner, Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis acuta anterior II. (Aus dem pathol.-anatom. Institut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 3.) Als neue Erfahrungen über Poliomyelitisvirus und den Verlauf der Infektion beim Tiere ergeben sich folgende Punkte:

1. Das Poliomyelitisvirus ist durch Bukallfilter, nicht aber durch Reichelfilter filtrierbar. Die Inkubation bei positiven Impfungen mit Filtratflüssigkeit scheint gegenüber jener bei Impfung mit Rückenmarksemulsion verlängert zu sein. Ein Unterschied in der Schwere der Erkrankung bei Impfung mit Filtrat oder Impfung mit Rückenmarksemulsion besteht nicht.

2. In gleicher Weise, wie bei intrazerebraler oder subduraler Impfung ist die Erkrankung auch durch Impfung vom peripheren Nerven durch intra-, bzw. perineurale Infektion zu erzeugen.

3. Ferner gelingt auch die Injektion von peripheren Lymphdrüsen vom Darme aus, sowie durch Verfütterung von Rückenmarksmaterial.

4. Eine Tendenz zum Rückgang der Lähmungen bei überlebenden Tieren konnte nicht beobachtet werden.

5. Reinfektionsversuche innerhalb der ersten Woche nach der Erkrankung blieben resultatlos.

6. Das Virus ließ sich bis jetzt durch gelungene Überimpfung auf neue Tiere bereits am fünften Inkubationstag nachweisen. Histologisch konnten aber bis jetzt schon am dritten Tage nach der Impfung die ersten Veränderungen im Rückenmark gefunden werden, zu einer Zeit, in welcher die Tiere noch keinerlei klinische Symptome zeigten.

7. Abkühlung (bis zum Festfrieren der Rückenmarksemulsion) durch vier Stunden (länger dauernde und intensivere Abkühlung wurde nicht versucht) vermag das Virus nicht zu vernichten.

8. In zwei Versuchen mit ausgetrocknetem Rückenmarksmateriale in dünner Schichte konnte nach 4-, bzw. 24 stündiger Trocknung keine Erkrankung erzeugt werden.

9. Neben der mit schlaffen Lähmungen einhergehenden typischen Form der Poliomyelitis konnte eine atypische, als „marantische" zu bezeichnende Form beobachtet werden. Grätzer.

L. Jehle, Die individuelle Koliflora im Kindesalter. (Aus der pädiatr. Klinik in Wien.) (Ebenda.) Aus den Versuchen läßt

sich schließen, daß bei dem gesunden Brustkinde zumindest eine biologisch einheitliche Koliflora vorhanden ist, die in J.s Falle erst mit der Beinahrung geschwunden ist, daß ferner bei zwei Säuglingen, die durch lange Zeit an derselben Brust ernährt werden, sich eine biologisch differente Koliflora vorfindet; und endlich, daß heterologe, das heißt von anderen Individuen stammende Kolistämme und ihnen morphologisch nahestehende Bakterien (Parakoli) per os eingeführt, rasch wieder ausgeschieden werden, wobei zur selben Zeit das persönliche Koli in den Stühlen nicht nachweisbar ist. Ob bei diesem Vorgang ausschließlich eine Ausscheidung der fremden Kolistämme oder gleichzeitig ein Abtöten derselben im Darm stattfindet, läßt sich schwer entscheiden. Ganz anders dagegen verhält sich die Stuhlvegetation bei Infektionen mit Bakterien, welche der Gruppe des Bacterium coli morphologisch fern stehen. In diesem Falle erfolgt nach einer erfolgten Infektion die Ausscheidung der fremden Bakterien erst viel später.

Der gesunde Darm des Menschen (auch des Säuglings) besitzt demnach die Fähigkeit, fremde Kolistämme und Bakterien, die diesen nahe stehen, rasch wieder auszuscheiden, während er dazu bei Infektionen mit Bakterien, mit welchen er unter gewöhnlichen Umständen nicht in Berührung kam, in der Regel nicht imstande ist. Eine raschere Ausscheidung dieser Bakterien ist aber in manchen Fällen bei Erkrankungen mit diarrhoischen Stuhlentleerungen zu beobachten und ist auch manchmal nach Infektionen mit diesen Bakterien zu erzielen.

Grätzer.

A. Rodella, Fäulnisvermögen des normalen Säuglingsstuhles. (Ebenda.) Die Resultate seiner Versuche faßt R. wie folgt zusammen:

I. Wie ich es schon vor mehreren Jahren für das Kasein der Milch nachgewiesen hatte, konnte auch auf anderem Wege mit den hier mitgeteilten Versuchen festgestellt werden, daß die normale Säuglingsflora das Eiereiweiß angreifen kann.

II. Diese Eiereiweißspaltung kann nicht mit der wahren Fäulnis verglichen werden.

III. Diese Eiereiweißspaltung durch die Säuglingsflora ist immer geringer und geht viel langsamer vor sich, als diejenige, welche durch die Flora des Erwachsenen bedingt ist.

IV. Die Produkte der durch den normalen Säuglingsstuhl bedingten Eiweißspaltung wirken jedoch auf Kaninchen bei subkutaner Einverleibung immer pathogen.

V. Unter den Faktoren, welche bei gesunden Säuglingen das Auftreten einer typischen Darmfäulnis erschweren, muß zweifelsohne der Bazillus Nr. III (mihi) angeführt werden, welcher ein viel wichtigerer und häufigerer Bewohner des Säuglingsdarmes ist, als es Tissier, Jakobson, Sittler usw. angenommen haben.

VI. Für das Zustandekommen von tiefen Fäulnisvorgängen im Darme der Erwachsenen muß in erster Linie die Mundflora verantwortlich gemacht werden, die bei den Erwachsenen die günstigsten Bedingungen findet (Anwesenheit der Zähne mit den vielen Einbuch-

tungen und die dadurch bedingte große Oberfläche; alkalische Reaktion des Mediums usw.). Der Art der Ernährung kommt ferner eine nicht geringere Rolle zu, hauptsächlich dem Genuß von gekochten Speisen, wobei die sporenfreien Mikroorganismen zugrunde gehen und die sporenbildenden, zumeist fäulniserregenden Bazillen am Leben erhalten bleiben.

Grätzer.

F. L. Dumont, Ein Beitrag zu den subkutanen Rupturen des Duodenums. (Aus dem Kantonhospital Baselland zu Liestal.) (Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1910. Nr. 2.)

13jähriger Knabe E. B., früher immer gesund.

Am 29. IX. 1909, gleich nach dem Mittagessen erhält er von seinem 20jährigen Bruder infolge eines Wortwechsels einen Fußtritt in die Nabelgegend. Der Junge fällt sofort um, wird bewußtlos — er soll sich mehrere Male erbrochen haben.

Während der Nacht sehr aufgeregt, klagt und erbricht fortwährend.

Am 30. IX. nachmittags holt man, da das Brechen nicht aufhören will, einen Arzt, welcher Patienten sofort ins Kantonspital schickt.

Status bei der Aufnahme: Knabe von mittlerer Größe. Herz und Lungen o. B. Temperatur 38,3°, Puls 136 — jagend. Extremitäten kalt. Zunge trocken, belegt. Abdomen gleichmäßig aufgetrieben, gespannt, äußerst empfindlich. Keine Spuren von äußerer Gewalt, keine Ekchymosen. Perkutorisch kein Exsudat nachweisbar. Der Junge hat fortwährend Aufstoßen.

Nach subkutaner Infusion von physiol. Kochsalzlösung, sofortige Vorbereitung zur Laparotomie (32 Stunden post trauma) — Chloroform-Äthernarkose Pararektalschnitt — nach Eröffnung des Peritoneums findet sich in der Bauchhöhle reichlich eitrig-seröse Flüssigkeit, vermischt mit Speiseresten. Därme gebläht, mit leichtem fibrinösem Belag.

Nach langem mühevollem Absuchen findet man, geführt durch die vermehrte Fibrinablagerung, eine Darmläsion am untersten Ende des Duodenums, gerade da, wo das Duodenum, aus der Plica duodeno-jejunalis tretend, in die Flexura duodeno-jejunalis übergeht. Es handelte sich um einen Längsriß in der vorderen Darmwand, welcher bequem für einen Finger durchgängig war. Die Ränder waren scharf, wie mit dem Messer geschnitten. Keine anderen Verletzungen der Eingeweide.

Die unbequeme topographische Lage und die Fixation des lädierten Darmes erschwerten die Arbeit wesentlich. Die Wunde wurde durch Seidennähte geschlossen und eine Catgut-Serosa-Serosanaht nach Lembert sicherte die Nahtlinie.

Gründliche Toilette der Abdominalhöhle und reichliche Ausspülung mit physiol. Kochsalzlösung.

Drainage; die Wunde wurde tamponiert und später durch Sekundärnaht geschlossen.

Der Junge erholte sich erstaunlichermaßen sehr rasch vom Shock und der weitere Verlauf bot keinerlei Besonderheiten dar. Diesen günstigen Ausgang setzt D. nicht zum geringsten Teil aufs Konto der protrahierten rektalen Kochsalzeinläufe, wie sie zuerst von Wernitz und Katzenstein empfohlen wurden und deren D. sich schon seit geraumer Zeit und mit gutem Erfolg bedient. Er setzt der physiologischen Kochsalzlösung mit Vorliebe Ovomaltine und Zucker zu.

Im allgemeinen unterscheidet man nach dem Vorschlag von Moty drei Formen der Verletzung in der Einteilung der subkutanen Magendarmrupturen:

1. das écrasement, die Zerquetschung des Darmes,

2. die déchirure, den Abriß durch Zug,

3. das éclatement, die Berstungsruptur durch Erhöhung des Innendruckes.

In diesem Falle handelte es sich um ein écrasement: das fixierte Duodenum wurde durch das Trauma gegen die Wirbelsäule gepreßt.

Grätzer.

J. Nicolas und **A. Jambon,** Contribution à l'étude des Erythrodermies congenitales ichthyosiformes avec deux observations: forme typique et forme atypique. (Ann. de Dermat. et de Syph. August / September 1909.) Der erste Fall zeigte das typische Bild der angeborenen ichthyosiformen Erythrodermie: Eine Hyperepidermotrophie, aber ohne Blasenbildung, Mitergriffensein der Palma manus und Planta pedis, Beginn der Erkrankung bei der Geburt, Neigung zu Hyperkeratose besonders in den Beugefalten, Affektion des Gesichts, Erythrodermie. Außergewöhnlich erschien höchstens das starke Wachstum der Haare und Nägel. Eigenartiger gestaltete sich aber der zweite Fall. Zwar glichen die mit Seborrhöe und lamellöser Pityriasis einhergehenden Exantheme am Kopf und Hals, die Hyperkeratose an den Ohren, das maskenähnliche Gesicht, die Erythrodermie und Abschuppung dem Aussehen des ersten Patienten. Doch fiel die scharfe Abgrenzung der inselartig hervortretenden Herde an Armen, Beinen und Hals, ohne daß dabei der Verlauf eines Nerven innegehalten war, die bemerkbare Symmetrie, das Auftreten und Wiederverschwinden der Exantheme aus dem Rahmen des ersten Typus dieser Dermatose. Nach eingehender Besprechung der Differentialdiagnose und der einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, daß sich zwischen der Erythrodermia congenit. ichthyosif. und den erythematösen symmetrischen Keratodermien wohl Beziehungen und Übergangsformen finden, daß diese Übergänge aber fehlen zu der Ichthyosis vulgar., welche als ein andersgeartetes Krankheitsbild abzutrennen sei.

Max Joseph (Berlin).

F. Malmejao, L'uro-réaction. Diagnostic précoce de la tuberculose. (La presse médicale. 1909. Nr. 76.) Jede Methode, welche es ermöglicht, frühzeitig Tuberkulose zu diagnostizieren, ist praktisch von Wichtigkeit, und sollte sich diejenige des Verf.s als richtig erweisen, so verdient sie gewiß ganz besondere Beachtung. Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß der Harn Tuberkulöser sehr lange seine Azidität behält, derart, daß, während der Harn gesunder Individuen, den man aseptisch sammelt und vor Staub geschützt aufbewahrt, nach 3—10 Tagen alkalisch reagiert, dies beim Harne Tuberkulöser, den man auf identische Weise sammelt und aufbewahrt, erst nach viel längerer Zeit der Fall ist (12 Tage bis 3 Monate und auch mehr).

Um die Untersuchung auszuführen, werden 10 ccm Harn in ein Glas gegeben, hierzu, um die Farbe abzuschwächen, noch 50 ccm destilliertes, neutrales Wasser hinzugefügt, hierauf 3 Tropfen einer 1 %igen Phenol-Phtaleïnlösung und hierauf mit normaler Natronlösung titriert. Die Resultate werden in Schwefelsäure pro Liter ausgedrückt.

Bemerkenswert ist, daß die Azidität eine größere ist, je weiter vorgeschritten die Krankheit, und man findet z. B. im Mittel Schwefelsäure pro Liter beim ersten Grad der Tuberkulose 0,6756, beim zweiten Grad 0,9910 und beim dritten Grad 2,2870.

Eine ähnliche persistierende Azidität wurde nur bei Diabetes und Abdominaltyphus gefunden, obgleich nicht so ausgesprochen wie bei Tuberkulose.

Hervorgehoben wird noch, daß diese Untersuchungsmethode nicht nur bei ausgesprochener Krankheit positive Resultate ergibt, sondern auch dann, wenn klinisch noch keine Symptome gefunden werden können.

E. Toff (Braila).

J. Gourdon (Bordeaux), Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. (La presse médicale. Nr. 78. 1909.) Man spricht von einer angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes, obwohl dieselbe sicherlich bei der Geburt noch nicht besteht, sondern sich erst dann entwickelt, wenn das Kind die ersten Gehversuche macht. Angeboren existieren nur die Veränderungen der Gelenkspfanne, bestehend in Verkleinerung der Durchmesser, Verschmälerung des Pfannenrandes und steilere Lage des Ganzen, als dies normal der Fall ist; ferner Atrophie des Oberschenkelkopfes, Valgusrichtung und Drehung desselben nach vorne. Das Erkennen aller dieser Veränderungen am Neugeborenen ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden, selbst bei Anwendung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Es sind verschiedene Erkennungszeichen angegeben worden, von denen manche mitunter gut brauchbar sind, in anderen Fällen aber im Stich lassen. Der Verf. gibt nun ein Zeichen an, welches in allen Fällen bei Säuglingen positiv ausfällt, falls eine kongenitale Anlage zu Hüftgelenksluxation besteht. Das Kind wird auf die linke Seite gelegt, falls es sich um Untersuchung des rechten Hüftgelenkes handelt; hierauf biegt man den rechten Schenkel gegen das Becken im rechten Winkel, derart, daß das Knie der Tischplatte aufliegt, dann biegt man das Kniegelenk ebenfalls bis zum rechten Winkel. Ergreift man nun das obere Ende der Tibia und trachtet nun den Schenkel in dieser Stellung nach innen zu rotieren, so beobachtet man, daß bei normalen Kindern der beschriebene Bogen nicht über 60° geführt werden kann. Bei bestehender Anlage zu Hüftgelenksluxation kann man, infolge der laxen Beschaffenheit des Hüftgelenkes, einen viel größeren Bogen (90°) beschreiben und den Unterschenkel bis in die vertikale Lage im Verhältnisse zur Tischplatte bringen. Für Untersuchung des linken Gelenkes legt man das Kind auf die rechte Seite.

Wenn man zu dem erwähnten Zeichen noch das Hoffasche Gelenkknacken und das Peter Badesche, des Höherstehens der Aduktorenfalte, hinzufügt, so kann man sagen, daß das Erkennen der sogenannten kongenitalen Luxation des Hüftgelenkes bei Säuglingen, die noch nicht gehen, mit Bestimmtheit gemacht werden kann.

E. Toff (Braila).

G. Faroy, Le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du foetus et du nouveau-né. (Thèse de Paris. 1909.) Der Verf. hat in 9 Fällen von hereditärer Syphilis besondere Aufmerksamkeit dem Pankreas und der Speicheldrüse geschenkt und in denselben eine gewisse Anzahl charakteristischer Veränderungen gefunden. In beiden findet man eine bedeutende Hypertrophie des Bindegewebes

mit gleichzeitigem Schwunde der drüsigen Elemente und teilweiser Verwandlung derselben in Fettgewebe. Im Pankreas sind die Langerhansschen Inseln anfangs vergrößert und atrophieren später.

Andererseits beobachtet man eine Periarteriitis mit gleichzeitiger Verdickung der Adventitia, Kongestionierung oder Thrombosierung der Venen und Kapillaren, welche letztere reißen und zu einer hämorrhagischen Pankreatitis, bzw. Parotitis Veranlassung geben können.

Man findet auch das Treponema pal. im Gewebe, obwohl viel weniger häufig in der Parotis, als in der Bauchspeicheldrüse.

Die erwähnten Veränderungen, welche bereits während des intrauterinen Lebens gefunden werden, spielen vielleicht eine Rolle in der Entwicklung der Athrepsie bei hereditärsyphilitischen Kindern.

E. Toff (Braila).

B. Zaïmovsky (M-elle), Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants. (Thèse de Paris. 1909.) Ein näheres Studium der Reflexe hat gezeigt, daß dieselben bei Kindern nicht in gleicher Art bestehen wie bei Erwachsenen. Der Plantarreflex wird bei fast allen normalen Kindern gefunden (etwa bei 95%); bis zu 6 Monaten erscheint er als Streckreflex, von 3 Jahren aufwärts immer als Beugereflex. Zwischen diesen zwei Altersgrenzen ist derselbe wechselnd, bald in Beugung, bald in Streckung.

Den Kniereflex findet man bei allen Kindern und in jedem Alter; bis zu 6 Monaten ist derselbe gesteigert. Ebenso sind auch die anderen Sehnenreflexe während der ersten 6 Lebensmonate gesteigert.

Der Lippenreflex wird nur bei Kindern beobachtet, und zwar ebenfalls während der ersten 6 Monate, beginnend mit dem dritten Lebenstage. Später verschwindet derselbe vollständig.

Die Erklärung dieser Verschiedenheiten in den Reflexen dürfte darin zu suchen sein, daß beim Kinde das Gehirn nach der Geburt unvollkommen entwickelt ist und daher bis 6 Monaten hauptsächlich das Rückenmark in Funktion tritt. In gewissen Krankheiten, wie die Littlesche Krankheit, Idiotie und Epilepsie, kann man die Reflexe während des ganzen Lebens ihren intantilen Charakter beibehalten sehen.

E. Toff (Braila).

R. Morichan-Beauchant, Ein Fall von tödlichen Varizellen in der Eruptionsperiode. (Archives médico-chirurgicales de Province. 15. Juni 1909.) 14 Tage, bevor das 4 monatige, gesunde Flaschenkind erkrankte, war in dem gleichen Hause bei einem 6 jährigen Kinde ein Fall von Varizellen vorgekommen. Die Krankheit nahm einen gutartigen Verlauf. Am 25. April konstatierten die Eltern die ersten Varizellenbläschen am Gesicht und Stamm. Im Laufe der Nacht neue Bläschen, das Kind ist unruhig, will nicht trinken, und gegen 2 Uhr morgens bekam es einen Krampfanfall. Erbrechen. — Verf. findet die Kleine in komatösem Zustand, mit weiten Pupillen; Exanthem verschwunden, die Bläschen welk, die Haut bleifarben, die Extremitäten zyanotisch. Respiration 40, unregelmäßig, Puls 150, Temperatur 39,5. 9 Uhr morgens Exitus im Koma.

H. Netter (Pforzheim).

R. Cruchet, Sur un cas de rhythmie salutatoire d'origine épileptique. (Gaz. de hôp. 1909. Nr. 17.) Es handelt sich um ein 7jähriges Kind, das bereits einen Anfall ohne Konvulsionen, aber mit Hinfallen und Bewußtseinsverlust gehabt hatte. Einige Tage später hatte es andere Anfälle ganz verschiedener Art. Sowohl im Sitzen als bei aufrechter Haltung beugte sich der Kopf zwei- bis dreimal auf die Brust, dabei so unaufhörliche Grußbewegungen beschreibend. Die Umgebung bemerkte, daß in diesem Augenblick der Ausdruck leer und seltsam war. Aber niemals bemerkte man Schaum vor dem Mund, Erschlaffung der Syphinkteren oder andere Symptome gleicher Bedeutung. Diese Anfälle wiederholten sich 15—20 mal am Tag. Das Kind ist geistig zurückgeblieben. Verf. unterzieht die Anfälle einem eingehenden Studium. Diese 3—5 in Anfällen wiederkehrenden Grußbewegungen, bei denen sich die Verbeugungen in genau gleichen Intervallen wiederholen, nach Zahl, Schnelligkeit und Stärke stets identisch, gehören in die Klasse der Rhythmien einer symptomatologischen Gruppe, deren Existenz sowohl in Frankreich wie im Ausland allgemein angenommen ist. Was den Ursprung dieser rhythmischen Bewegungen im vorliegenden Fall betrifft, so kann er nicht zweifelhaft sein. Außerdem führte die Brombehandlung alsbald zu einer sehr deutlichen Besserung des Zustandes und zur Unterdrückung der Anfälle.

H. Netter (Pforzheim).

A. Netter und **R. Debré,** Liquide céphalo-rachidien clair à une période avancée de la méningite cérébro-spinale. (Compt. rend. Soc. de Biologie. 19. Juni 1909.) Die beiden Forscher hatten bereits gezeigt, daß die Spinalflüssigkeit in den ersten 20 Stunden der M. cerebr.-sp. öfters klar ist. Nun ergab bei 11, 2 Wochen nach Beginn der Erkrankung zur Untersuchung gekommenen Personen die Lumbalpunktion 6 mal, d. h. 54,5% eine klare Flüssigkeit; deutlich sonach von dem klassischen Aussehen verschieden. Durch ihre makroskopischen Eigenschaften erinnern diese Punktate an diejenigen der ersten Untersuchungsreihe. Nur ein einziges Mal fehlten die Zellelemente vollständig. Der Meningokokkus fand sich bei der ersten Prüfung nur in einem einzigen Fall, aber er war bei den folgenden Punktionen konstant vorhanden. Von den 6 Kindern starben 3.

Bei einem Vergleich dieser Angaben mit den früheren Mitteilungen sieht man, daß die Spinalflüssigkeit klar war in 75% der Fälle bei den in den ersten 24 Stunden und in 55% bei den erst über 2 Wochen nach dem Beginn der Krankheit punktierten Personen; dagegen war sie eitrig oder deutlich trüb bei 96% der vom 2. bis 14. Tag punktierten Kranken.

H. Netter (Pforzheim).

R. Desplats, Lymphadénome volumineux traité par les rayons X et guérie depuis plus de trois ans. (Journal de Sc. médicales de Lille. 22. Mai 1909.) Über eine interessante Beobachtung von Verschwinden eines großen Lymphadenoms unter dem Einfluß der Radiotherapie, einem noch nach drei Jahren konstatierten Resultat, berichtet der Verf. Seine Ansicht über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die verschiedenen Drüsenhypertrophien faßt er dahin zusammen: Auf die Leukämie und auf die Lymphadenome

üben die Röntgenstrahlen eine heute wohlbekannte Wirkung aus. Bei der wahren Leukämie ist die Wirkung der Röntgenstrahlen, so bemerkenswert sie durch ihre Schnelligkeit ist, fast in allen Fällen vorübergend und erfordert, will man ein Dauerresultat erzielen, eine zuweilen sehr lange fortgesetzte und häufige Wiederholung ihrer Anwendung. Beim Lymphadenom (im Sinne einer voluminösen Drüsenhypertrophie unbestimmter Natur) erscheint das Resultat dagegen zuweilen weit dauerhafter. Mehrere Fälle dieser Art stehen Verf. zur Verfügung, die dauernd geheilt blieben. H. Netter (Pforzheim).

Gouget und **Dujasier,** Les complications vésiculaires de la scarlatine. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 23. Juli 1909.) Während der Rekonvaleszenz von einem Scharlach kam es bei dem 8jährigen Mädchen zu einem Hydrops der Gallenblase, der durch Cholezystotomie geheilt wurde. Der Inhalt der Gallenblase war steril. Gleichwohl ist diese Komplikation, wie in dem von Montenbrück mitgeteilten Falle auch auf eine Infektion der großen Gallenwege zurückzuführen und der Ikterus gutartig oder schwer. Der Ikterus mit Gallenretention und der Hydrops der Gallenblase ohne Ikterus sind als Glieder einer Kette zu betrachten, welche die verschiedenen Modalitäten einer wahrscheinlich deszendierenden Infektion der Gallenwege darstellen. 9 Fälle von Gallenblasenkomplikation bei Scharlach stellen die Verff. zusammen. In 5 Fällen handelt es sich um einen Hydrops der Gallenblase, in 2 Fällen um eine Cholezystitis und in 2 Fällen um Ikterus mit Schwellung der Gallenblase.

H. Netter (Pforzheim).

E. C. Jones, Report of a case of fatal vomiting, recurrent type, in a child. (Arch. of Pediatrics. Juni 1909.) 3jähriger Knabe, der am 23. November zur Aufnahme kam und am 25. November starb. Mutter sehr nervös, Großvater mütterlicherseits geisteskrank. 3 gesunde Kinder. Mit 6 Monaten Pneumonie und „Febris gastrica“. Vor 2 Monaten ein Anfall von Erbrechen. Am 17. November von neuem Erbrechen, das mit wechselnden Pausen bis zum 20. November anhält. Opisthotonus; Hände und Füsse in Kontraktionsstellung. Hartnäckige Verstopfung. Schlechtes Aussehen, Athrepsie, tiefliegende Augen, mühsame Atmung, Foetor ex ore. Agitation, die Kontraktur weicht, kein Kopfschmerz, Sensorium frei. Das Kind verlangt zu trinken, erbricht aber sofort die geringste Menge Flüssigkeit. Puls 100, Temperatur zwischen 36—38°, wenig Urin. Leber groß. Leib weich und retrahiert. Keine Taches cérébrales. Man hatte natürlich an eine tuberkulöse Meningitis gedacht, um am folgenden Tag das Erbrechen als ein toxisches zu erkennen. Tod am 25. November. Im Urin weder Eiweiß noch Azeton.

Autopsie am 26. November: Herz und Lungen normal, ebenso Milz und Pankreas, Leber blaß, groß, fettig entartet. Hyperämie der Nieren. Magen-Darmkanal inkl. Appendix intakt. Thymus und Lymphdrüsen geschwollen. Die histologische Untersuchung der Leber ergab eine fettige Degeneration der Leberzellen mit Rundzelleninfiltration und Pigmentablagerungen in den Gefäßen, in den Nieren normale Glomeruli und Tubuli, erweiterte und pigmentierte Gefäße,

keine Nephritis. Die Leberinsuffizienz scheint eine prädominierende Rolle in dem Krankheitsprozeß gespielt zu haben. Zu bemerken ist das Fehlen des Azetons im Urin. H. Netter (Pforzheim).

H. N. Niebrughe, Fisch und **Babler,** Carcinomatous polyposis of the colon with report of an interesting case. (The Journal of the American med. Assoc. Nr. 16. 17. April 1909.) Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren über sehr hartnäckige, sanguinolente Diarrhöe zu klagen hat. Die Untersuchung des Leibes ergibt bis auf eine gewisse Spannung des Dickdarms von der Ileozoekalklappe bis zum Rektum nichts Besonderes. Nichts im Rektum. Die Diagnose wird auf Colitis ulcerosa gestellt. Bei der Operation findet man das Coecum und die Ansa sigmoidea sehr hyperämisch und aufgebläht. Die Appendix retrozoekal, 6 Zoll lang hyperämisch, verdickt und umgebogen. Am Kolon weder ein Tumor noch eine Verengerung erkennbar, die Wand stark verdickt. Keine mesenterialen Drüsenpakete. Man begnügt sich mit der Appendikostomie. Tod 9 Tage post operat. — Bei der Autopsie zeigt sich das Kolon im ganzen, von der Appendix bis zum oberen Teil der Ansa sigmoidea verdickt; polypoide Massen von verschiedener Größe, von der einer Erbse bis zu einer kleinen Walnuß, sind über das Kolon ausgebreitet. Diese Massen sind geschlossen und erscheinen in der Schleimhaut gelegen. Nur wenig Ulzerationen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß die Mehrzahl dieser Polypen aus karzinomatösem Gewebe bestehen. H. Netter (Pforzheim).

Scott Redout und **Ford Palser,** Intussusception containing a sarcoma of the intestinal wall; enterectomy; recovery. Intussuszeption infolge von Sarkom der Darmwand; Enterektomie, Heilung. (Britsh med. Journ. Nr. 2518. 3. April 1909.) Ein 4jähriges Kind wurde am 15. November von heftigen, aber vorübergehenden Koliken, ohne Erbrechen befallen; 3 Tage später hatte es neuerdings Schmerzanfälle mit häufigem Erbrechen, Stuhlverhaltung, Retraktion beider Hoden. Vom 20.—25. bedeutende Besserung. Der Schmerz erscheint nur auf Augenblicke wieder. Am 23. zeigt sich zur Rechten des Nabels ein Tumor, der in den folgenden Tagen verschwindet. Am 28. heftiger Kolikanfall mit Erbrechen. Schwerer Allgemeinzustand, schneller Puls, trockene Zunge, Kontraktion der Bauchmuskeln. Rechts vom Nabel fühlt man in Narkose einen wurstförmigen, deutlich abgrenzbaren, sehr beweglichen Tumor von teigiger Konsistenz und ganz dicht bei ihm, nach der Medianlinie hin, einen zweiten, kleineren Tumor.

Operation: Nach Eröffnung des Leibes findet man eine 10—12 cm lange Darminvagination mit stark eingeschnürtem Hals von einem Haufen hypertrophischer Mesenterialganglien bedeckt. Die Unmöglichkeit einer Reduktion macht die Resektion mit Naht bout à bout nötig. Eine Drüse wird mitherausgenommen, der Leib mit warmem Serum gefüllt und wieder geschlossen. Heilung. Die Untersuchung des Stückes klärte die Ursache der Invagination auf. Es war ein indurierter Tumor, von Schillinggröße, der Seitenwand des Darmes

aufsitzend. Das resezierte Stück ist 45 cm lang. Mikroskopisch: Rundzellensarkom. H. Netter (Pforzheim).

H. G. Adamson, Herpes febrilis attacking the fingers. (British Journ. of Dermat. Octob. 1909.) Die seltene Lokalisation des Herpes an den Fingern fand sich bei 4 Kindern zwischen 4 und 9 Jahren. Bei einem der kleinen Patienten bildete vielleicht die Angewohnheit des „Fingerlutschens“ das auslösende Moment, bei einem andern bestand gleichzeitig ein vereinzeltes Bläschen an der Unterlippe. Ein 8jähriges Mädchen erkrankte während einer akuten Pneumonie an der Herpeseruption, die vierte, 9jährige Patientin hatte bereits mehrere herpetiforme Fingererkrankungen, stets in der Falte zwischen dem ersten und zweiten Finger der linken Hand lokalisiert, durchgemacht. Max Joseph (Berlin).

S. Licciardi, Fälle von Sympathikusneurosen bei Masern. (Gazz. d. osp. 1909. Nr. 128.) Verf. beschreibt drei Fälle von Masern, die mit als Sympathikusneurosen angesprochenen Symptome kompliziert waren. Im ersten Falle (20 Monate alt) bestanden laryngospastische Anfälle ohne jede Laryngitis, im zweiten (4 Jahre) Anfälle von Bronchialasthma, im dritten (5 Jahre) heftige Darmkoliken. Sie wurden durch Nervina, besonders Brom, günstig beeinflußt und verschwanden mit der Masernerkrankung definitiv. M. Kaufmann.

S. de Villa, Beitrag zum Studium der Sublingualgeschwulst mit besonderer Berücksichtigung der Eosinophilie. (Aus der Kinderklinik zu Rom.) (Gazz. d. osp. 1909. Nr. 154.) Verf. berichtet über 2 Fälle der Riga-Fedeschen Krankheit. In beiden fanden sich in großen Schnittserien keine Eosinophilen, trotzdem die Zahl der Eosinophilen im Blut sich auf 2% belief. Die Affektion ist der ersten Kindheit eigentümlich und weder infektiös noch malign. M. Kaufmann.

G. Pisanò, Zur Ätiologie des Sklerems und Anasarka der Neugeborenen. (Gazz. d. osp. 1909. Nr. 155.) Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut zu Catania beschreibt Verf. den mikro- und makroskopischen Organbefund bei 2 Fällen von Sklerem. Ein Fall war eine Mischung von ödematösem und hyperplastischem Sklerem, der zweite ein typisches Skleroödem. Die Befunde in Lunge, Leber, Niere und Schilddrüse entsprechen einer starken Bindegewebswucherung mit Atrophie der Blutgefäße und des Parenchyms. Das Sklerem ist unter die Affektionen einzureihen, die der Ausdruck einer verminderten fötalen Vitalität sind, als Folge mütterlicher Erkrankungen, speziell der Syphilis. M. Kaufmann.

A. Damski, Die Inkontinenz des Harns beim Kinde. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 11.) Während die älteren Autoren die Enuresis des Kindes meistens als eine funktionelle, den Nerven- und Muskelapparat der Blase betreffende Erkrankung betrachten, wird heutzutage die Ätiologie dieser Erkrankung in weitere Rahmen gestellt. Eine ganze Reihe von Krankheiten, wie Epilepsie, Malum Pottii, Spina bifida, Tumoren und Steinbildung in der Blase, Hypo- und Epispadie, Phimosen, mit Albuminurie einhergehende Erkran-

kungen, Harnsäure- und Phosphatgehalt, sowie stärkere Azidität des Harns, Helminthiasis, Polypen des Rektums, ja selbst Tonsillarhypertrophie und adenoide Wucherungen des Nasenrachenraumes können gar nicht selten auf reflektorischem Wege beim Kinde eine Enuresis nocturna hervorrufen. Daneben gibt es aber auch idiopathische oder essentielle Fälle, bei denen keine der genannten Ursachen zu finden ist und bei denen ätiologisch auf eine funktionelle Affektion des Zentralnervensystems rukurriert werden muß. Besonders kommen hierbei die im Lendenteil des Rückenmarks gelegenen Zentren, sowie das Sympathikussystem in Betracht, ebenso auch eine hereditäre Disposition der Kinder zu nervösen und psychischen Erkrankungen. Nach dem Autor ist jedoch auch ein großer Teil der sogenannten essentiellen Formen der Enuresis nocturna im Kindesalter auf eine bedeutende latente oder bereits abgelaufene Erkrankung der Harnblase entzündlichen oder bakteriellen Charakters zurückzuführen. Hierbei werden die in der Blasenschleimhaut gelegenen Ganglienzellen affiziert, die beim Akt der Harnentleerung eine wichtige Rolle spielen und deren Erkrankung dann eine der Ursachen der Inkontinenz abgibt. Am besten wird diese Anschauung durch folgenden Fall illustriert.

5jähriger, hereditär nicht belasteter Knabe; hat Masern und Scharlach durchgemacht, ist sonst stets gesund gewesen. Harninkontinenz seit lange nachts, im letzten Falle auch bei Tage. In den letzten zwei Monaten Schmerzen beim Urinieren. An den inneren Organen und dem Nervensystem des abgemagerten Kindes keine Abnormitäten. Die Harnblase ist etwas kugelförmig vorgetrieben. Die Dämpfung reicht bis etwa 3—4 cm unterhalb des Nabels. Der Harn ist etwas trübe, hat einen unangenehmen Geruch, reagiert neutral, enthält Spuren Eiweiß. Das Sediment besteht aus ziemlich viel Leukozyten, einzelnen roten Blutkörperchen, Phosphaten und viel Bakterien. Tuberkelbazillen nicht gefunden. Unter Urotropin und warmen Bädern schwanden zwar bald die Schmerzen bei der Harnentleerung und wurde der Harn weniger trübe, allein die Inkontinenz persistierte. Jetzt wird in Narkose eine Sonde (Charrière 12) eingeführt, nachdem der Versuch zu zystoskopieren mißlungen. Trotz der Narkose befindet sich der hintere Teil der Harnröhre in einem krampfartigen Zustande. Die Blasenwände sind hart und uneben; an einzelnen Stellen Gefühl eines Steins. Befund durch andere Ärzte bestätigt. Röntgenogramm negativ. Ungeachtet dessen Sectio alta. Bei Einführung des Katheters in die Blase wiederum Krampf des hinteren Teiles der Urethra. Nach Eröffnung der Blase fand sich kein Stein in derselben: sie bot aber das Bild der Balkenblase („vessie à colonne"), und zwischen den einzelnen Muskelbündeln befanden sich Inkrustationen aus phosphorsauren Salzen. Diese Inkrustationen zusammen mit der Derbheit der Blasenwand hatten bei der Sondierung einen Stein vorgetäuscht. Die Inkrustationen wurden von der Blasenwand entfernt. Der Verlauf war fieberfrei. Nach Verheilen der Blasenwände urinierte das Kind in größeren Zwischenräumen; die Inkontinenz verschwand vollkommen. Das früher magere Kind erholte sich und nahm an Gewicht zu. Epikritisch äußert sich Autor dahin, daß in hartnäckigen Fällen von Enuresis, die mit Zystitis, mit Krämpfen

im hinteren Teil des Harnkanals und mit Inkontinenz par regorgement einhergehen, wo eine längere Behandlung mit Salol, Urotropin, Katheterisieren und Bougieren erfolglos geblieben, die Sectio alta indiziert ist. In einzelnen Fälle würde er beim Kinde sogar die Operation vorziehen, da sie leichter sei als das Katheterisieren und Bougieren des Kindes à la longue. S. Rubinstein (Riga).

Sz. Starkiewicz, Einige Fälle einer äußerst bösartig verlaufenden Diphtherieepidemie. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Tom I. Heft VI. S. 580.) Verf. beschreibt eine Diphtherieepidemie im russisch-polnischen Kohlengrubengebiet (unweit von Kattowitz), die einen äußerst bösartigen Verlauf hatte. Von 5 Kindern sind 4 gestorben. — Eine ähnliche Epidemie in derselben Gegend wurde vom Verf. vor einigen Monaten beschrieben. — Die Krankheit wies von Anfang an einen schweren Verlauf auf. Hämaturie. Die Temperatur war dabei ziemlich niedrig. Trotz ausgiebiger und wiederholter Injektionen des Diphtherieheilserums hielten sich die Beläge bis zum 8. Tage, ohne eine Tendenz zum Einschmelzen zu zeigen. Am 8. Tage, in manchen Fällen auch früher, trat Exitus letalis ein. Auf dem weichen Gaumen waren, wie auch in der vorhergehenden Epidemie, bläulich-rote, diesmal aber weniger scharf abgegrenzte Flecke zu beobachten. Das Gewebe der Tonsillen und des weichen Gaumens wies starken Zerfall auf. Auf der Haut des Körpers waren keine Spuren von Flecken nachzuweisen. Die Kieferwinkeldrüsen waren mehr oder weniger geschwollen. Urin eiweißfrei. Bakteriologische Untersuchungen ergaben in allen Fällen Löfflerbazillen, nebenbei fand man in einem Falle den Bacillus pyocyaneus, in einem Falle den Staphylococcus pyogen. aureus, in allen übrigen den Streptokokkus.
M. Michalowicz (Warschau).

Wl. Schoeneich, Die symptomatische Behandlung der postskarlatinösen Nierenentzündung bei Kindern. (Przegląd Pedyatryczny. 1909. Tom I. Heft VI. S. 517.) Auf Grund seiner an 356 Scharlachfällen gewonnenen Erfahrungen kommt der Verf. zum Schlusse, daß die symptomatische Behandlung der postskarlatinösen Nierenentzündung zweierlei Ziel verfolgen solle: 1. Die Einführung der schädlichen Substanzen möglichst einzuschränken; 2. die Ausgleichung der im Körper schon zirkulierenden schädlichen Substanzen möglichst zu befördern. Dementsprechend erhielten die Kranken des Verf.s eine kochsalz- und eiweißarme Kost in Form einer vegetarischen und Milchdiät. Die Milchmenge betrug 500 g pro die. Das Wassertrinken war dabei auf ein Minimum eingeschränkt. Diese chlorarme Diät wurde sowohl während der Nierenentzündung als auch im Vorstadium derselben verordnet, einerseits in der Absicht, den Ausbruch einer Nephritis zu verhüten, andererseits vielmehr noch eine Linderung der Beschwerden, in erster Linie des Ödems, herbeizuführen, was auch, wie die angeführten Zahlen beweisen, gelang. Um die Ausscheidung der Flüssigkeit und der schädlichen Substanzen zu beschleunigen, wandte der Verf. Bäder (34—35° C von der Dauer einer Stunde) an. Die Menge des Urins stieg nach den Bädern bedeutend an; der Unterschied vor und nach dem Bade betrug in

manchen Fällen das 16 fache. Das Steigen der Urinmenge glaubt der Verf. auf eine Vergrößerung der Niere während des Bades und auf eine damit zusammenhängende Beschleunigung der Blutzirkulation in derselben zurückführen zu können. Was Schwitzkuren anbelangt, so sollen dieselben nur auf schwerere Fälle beschränkt bleiben, bei welchen größere Ödeme die Haut stark spannen und die Blutzirkulation stören, sonst sind sie für die Kranken zu ermüdend. Noch energischer wendet sich der Verf. gegen den Gebrauch der Abführmittel. In Fällen von Hämaturie wurde eine wasserarme Kost angewandt. Die Menge der gesamten Flüssigkeit betrug in diesen Fällen nur 500 ccm pro die. Eine medikamentöse Behandlung war in allen Fällen ausgeschlossen, ohne daß man irgendwelchen Nachteil auf den Verlauf des Krankheitsprozesses gesehen hatte. Mit wenigen Ausnahmen verließen sämtliche Kinder das Krankenhaus symptomatisch vollständig geheilt. M. Michalowicz (Warschau).

Ludwig Bókay, Gefäßtransplantation zur Heilung des Hydrozephalus. (Gyogyàscat. 1910. Nr. 1.) B. operierte einen 6 Monate alten Säugling nach den Prinzipien Payrs (Schaffung einer direkten Verbindung zwischen den Gehirnhäuten und dem Nervensystem), die Operation gelang, der Kopfumfang ging um 6 cm zurück. Das Kind starb nach 6 Wochen an Gastroenteritis.
Ernö Deutsch (Budapest).

Ludwig Bauer, Toxinaemia intestinalis scarlatinosa. (Gyogyàscat. 1910. Nr. 2.) Unter diesem Namen bespricht Verf. die in der Skarlatinarekonvaleszenz auftretenden hohen Fiebertemperaturen. Nach B.s Meinung lähmen die Skarlatinatoxine die intestinalen Nervenzentren, wodurch eine Toxinansammlung und Fieber provozierende Koprostase eintritt; nach gründlicher Evakuation schwinden die Temperatursteigerungen. Ernö Deutsch (Budapest).

Tiber v. Verebély, Durch lumbale Laminektomie aus dem Canalis vertebralis entfernte Zyste. (Orvosi Hetilap. 1910. Nr. 5.) Bei dem 15 Jahre alten Mädchen provozierte die im Titel genannte Geschwulst Schmerzen und Motilitätsstörungen. Nach genannter Operation vollständige Heilung. Ernö Deutsch (Budapest).

Folmer Bentzen, Luxatio congenitalis genu bei einem Zwillingspaar. (Hospitalstidende. 1909. Nr. 47 u. 48.) Bei dem einen Zwingling handelte es sich um eine angeborene, leicht reponible Luxatio praefemoralis dextra, die durch 14 täglichen Verband fixiert wurde, bei dem anderen um eine ohne Narkose irreponible Luxatio praefemoralis mit Neigung zu Reluxation nebst doppelseitiger Luxatio coxae und Schlaffheit der Kapseln und Ligamenta verschiedener anderer Gelenke. Die Patienten wurden in dem Königin-Luisen-Kinderhospital behandelt. Der Verf. beschreibt zwei ähnliche Fälle aus der Kgl. Entbindungsaltalt und gibt eine monographische Darstellung des Leidens. Adolph H. Meyer.

S. H. Mygind, Ein Fall von Ileus verminosus. Enterotomie. Mors. (Ugeskrift for Läger. 1909. Nr. 48.) Es handelte sich um einen im Verlaufe von 24 Stunden entstandenen Fall von

Ileus bei einem $1^1/_2$ jährigen Knaben. In der linken Fossa iliaca wurde eine pflaumengroße Geschwulst gefühlt, die sich bei der Laparotomie als eine dunkelrote, schlaffe Darmschlinge zeigte, durch deren Wand man etwas gleich einem Schnurknäuel fühlte. Durch die Einschnittsöffnung unterhalb der angegriffenen Darmpartie gelang es, 17 lebende Spulwürmer auszuziehen. Der Darm wurde mit Seide geschlossen, die Narkose dauerte 25 Minuten, es wurden 15 ccm Äther verbraucht. Trotz Salzwasserinfusionen, Kampfer und Koffein starb das Kind des Abends. Bei der Sektion keine Peritonitis nachweisbar; das betreffende Darmstück, das 1 m oberhalb der Ileozoekalklappe lag, war injiziert, aber doch spiegelnd, die Naht in Ordnung, das Lumen passabel, die Schleimhaut injiziert. Unterhalb des angegriffenen Teils enthält der Darm reichlichen, schwach blutgefärbten Schleim. Im oberen Teil des Jejunum drei Askariden. Adolph H. Meyer.

K. A. Rembach (Rotterdam), Serumbehandlung, Intubation und Pyozyanase bei Diphtherie. (Ned. Tydskr. v. Geneesk. 1909. Nr. 5.) Nach der Seruminjektion wurde die Mundhöhle mit 3% Wasserstoffsuperoxyd irrigiert. Der toxische Fall — schwer krankes Kind in elendem Zustand ins Krankenhaus gebracht — reagierte nicht auf Serum. In diesem Falle fing der Verf. mit der Behandlung von Pyozyanase mit so gutem Erfolge an, daß er zu weiteren Versuchen anregt. Ootmar.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 20. Januar 1910.

Popper demonstriert ein 12jähriges Mädchen mit **Morbus Basedowii.** Die Symptome entwickelten sich innerhalb weniger Wochen anschließend an einen Schreck. Vater und zwei Brüder sind geisteskrank. Es besteht Vergrößerung der Schilddrüse, Exophthalmus und Tachykardie (120—150 Pulse). Gräfesches Symptom angedeutet. Bisherige Therapie (Bettruhe, Galvanisation, Antithyreoidin) ohne Erfolg.

Zuppinger zeigt ein 13 Monate altes Mädchen mit schwerstem **Erythema exsudativum multiforme.** Im Gesicht und an den Streckseiten der Extremitäten fanden sich anfänglich bis guldenstückgroße rothe Flecke, die in der Mitte wasserhelle Bläschen von Linsen- bis Erbsengröße zeigen. An den Rändern der Effloreszenzen schießen neue Bläschen auf. Bei der Aufnahme bestand hohes Fieber, 38,9, deutliches Krankheitsgefühl. Im weiteren Verlaufe verbreitete sich das Exanthem über den ganzen Körper.

Preleitner demonstriert ein 6 Wochen altes Kind, dem im Alter von 6 Tagen ein kindskopfgroßes **Teratom**, das in der Steißgegend saß, exstirpiert wurde. Im Tumor findet sich Fettgewebe, Darmbestandteile, Muskelfasern, Gehirn- und Nervengewebe usw.

Sperk spricht über **Kaseinfettdiät** in der Therapie des **akuten Enterokatarrhes.** Anschließend an die Finkelsteinschen Beobachtungen über die Rolle des

Zuckers in der Ätiologie der akuten Ernährungsstörungen und in logischer Konsequenz der von Finkelstein aufgestellten Überlegungen wurde eine Ernährungstherapie für den akuten Enterokatarrh während des „Stadium dyspepticum“ im Sinne einer zuckerfreien Diät versucht. Die Beurteilung des therapeutischen Erfolges geschieht durch die Berücksichtigung der Darmsymptome. Nachdem in schweren Fällen von Enterokatarrh die unvollständige Entziehung des Zuckers — wie etwa die Verabreichung von saurer Magermilch — nicht genügt, wurde an die Herstellung einer zuckerfreien Kaseinfettnahrung geschritten. Die Kuhmilch wird durch Lab ausgefällt, das dadurch gewonnene Kasein + Fett mit Saccharintee oder Ringerscher Lösung auf das entsprechende Volumen gebracht. In den meisten Fällen verschwanden durch Einschalten eines Hungertages (Saccharintee) und dann verabreichte Kaseinfettdiät die sauren, spritzenden, dyspeptischen schleimigen Entleerungen und wurden durch feste, meist alkalisch reagierende Stühle ersetzt. Diese Diät kann aber nur kurze Zeit angewendet werden, denn sie führt zu Untertemperaturen und Neigung zu Kollapsen. Ob dabei die Entziehung der Kohlehydrate allein oder die Einwirkung von Calcium-Ionen bzw. Mangel an Natrium-Ionen Schuld daran trägt, muß noch weiter studiert werden. Sp. wies in der Einleitung darauf hin, daß Escherich schon im Jahre 1886 die Bedeutung des Milchzuckers für das Zustandekommen der bakteriellen Darmgährung betont hat. Escherich hat damals hervorgehoben, daß der Zucker derjenige Bestandteil der Milch ist, der fast allein der bakteriellen Gärung unterliegt. Die dabei entstehenden Fettsäuren und andere toxische Produkte bedingen die Erscheinungen der Dyspepsie.

Sp. denkt an die Möglichkeit einer Prophylaxe des akuten Enterokatarrhs durch individuelle Dosierung des Zuckers.

Popper erwähnt in der Diskussion, daß dieselben Erfolge mit saurer Magermilch zu erzielen seien, die auch durch ihre Zuckerarmut wirkt. Er hält beide Ernährungsarten für Schonungsdiät.

Escherich betont die ausgezeichnete Wirkung der zuckerfreien Diät, es sei dieselbe ein ideales Mittel zur Bekämpfung der gewöhnlichen Formen des Enterokatarrhes.

Passini bemerkt, daß die therapeutischen Erfolge mit zuckerfreier Diät sich am ehesten auf bakteriologischem Wege erklären lassen. Man müsse daran denken, daß aus dem der Nahrung zugefügten Zucker giftige Substanzen entstehen können, deren Bildung bei Fehlen von Zucker in der Nahrung unmöglich ist. Pa. hat nachgewiesen, daß der normal im Stuhl nachweisbare anaerobe Gasphlegmonebazillus nur auf zuckerhaltigem Nährboden ein intensiv wirkendes Gift bildet, bei zuckerfreiem Nährboden wird dieses Toxin nicht gebildet.

Sitzung vom 3. Februar 1910.

Riether demonstriert ein 7 Wochen altes Kind wegen **Aplasie zweier Rippen.** Bei Betasten des Brustkorbes fällt eine Lücke auf. Röntgenaufnahme zeigt, daß die 5. und 6. Rippe vollständig fehlt. Der 6. und 7. Wirbelkörper erscheinen wie der Länge nach gespalten.

Hamburger zeigt, wie man sich durch einen kleinen Kunstgriff von der hysterischen Natur des Doppeltsehens überzeugen kann. Man hält den Zeigefinger einmal in senkrechter und einmal in wagerechter Stellung. In der ersten Stellung sagt dann der Patient, er sehe die Doppelbilder nebeneinander, in der zweiten übereinander. Damit ist schon entschieden, daß es sich nicht um wirkliche Doppelbilder handelt, denn bei solchen sieht man die Doppelbilder nicht einmal nebeneinander und einmal übereinander.

R. Kraus spricht über **differenzierende Reaktionen mit Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft** bei tuberkulösen Meerschweinchen. Die Tuberkulinreaktion, die mittels der intrakutanen Methodik auch beim Meerschweinchen durchführbar ist, ist spezifisch. Sie gelingt beim Meerschweinchen auch durch Infektion von lebenden und abgetöteten Tuberkelbazillen. Tiere, welche mit Geflügeltuberkulose vorbehandelt sind, reagieren auf Tuberkelbazillen gleichen Ursprungs mit Frühreaktion, dagegen auf Tuberkelbazillen anderen Ursprungs nicht oder nur minimal. Auf Alttuberkulin reagierten alle Tiere in gleicher Weise.

Salzer demonstriert anatomische Präparate. Das erste ist ein **Sarkom im Cavum Retzii**; das zweite Präparat stammt von einem $2^1/_2$ jähr. Kinde mit Caries der Wirbelsäule und Psoasabszess; es kam bei der Eröffnung des Psoasabszesses zu einer schweren Blutung. Bei der Obduktion zeigte sich, daß die Aorta durch den vordringenden abszedierenden Prozeß arrodiert worden war und daß sich ein Aneurysma spurium der Aorta entwickelt hatte.

Mayerhofer hält einen Vortrag: **Zur Charakteristik und Differentialdiagnose des Liquor cerebrospinalis.** Jede Lumbalflüssigkeit reduziert infolge ihres Gehaltes an organischer Substanz Permanganat beim Kochen in saurer Lösung, und zwar um so stärker, je mehr gelöste organische Substanz und körperliche Elemente im Liquor cerebrospinalis enthalten sind. Die verbrauchte Anzahl von Kubikzentimetern einer ausgewerteten Permanganatlösung wird nach der Methode von Kübel-Tiemann durch Oxalsäure ermittelt. Die während des Kochens durch 10 Minuten in saurer Lösung verbrauchte Anzahl von Kubikzentimetern einer $^1/_{10}$ Permanganatlösung wird Reduktionsindex genannt. Normale Lumbalpunktionsflüssigkeit hat einen Reduktionsindex von 0,9—2,3, in pathologischen Fällen schwankt er zwischen 2,3—8,0. Wenn man einzelne Fraktionen der Funktionsflüssigkeit auffängt und den Reduktionsindex der einzelnen Fraktionen bestimmt, so steigt der Index bei normaler Punktionsflüssigkeit von der ersten bis zur letzten Fraktion. Bei Meningitis tuberculosa ist der Reduktionsindex absolut höher und zeigt von der ersten bis zur letzten Fraktion fallende Tendenz (Sedimentierung?). M. hält die Probe, die in 20 Minuten ausgeführt werden kann, für verwertbar zur Differenzialdiagnose zwischen Meningismus und Meningitis. Schick (Wien).

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Zweite außerordentliche Sitzung am 24. Januar 1910 im städtischen Waisenhause Rummelsburg.

Vorsitzender: Herr Erich Müller; Schriftführer: Herr Finkelstein.

1. Erich Müller: **Blutuntersuchungen an gesunden, anämischen und scheinanämischen Kindern.** Der Vortr. hat an 20 gesund und frisch und an 10 blaß aussehenden Kindern Blutuntersuchungen angestellt. Sie erstrecken sich auf die Bestimmung der zirkulierenden Blutmenge, des prozentualen und Gesamthämoglobins des Blutes und schließlich auf die direkte Bestimmung der Sauerstoffkapazität des Blutes. Die Blutmengenbestimmung erfolgte nach der von Zuntz und Plesch angegebenen Methode. Er geht auf die Methode selbst nicht näher ein und betont nur die doch recht großen technischen Schwierigkeiten. Er hat die Untersuchungen mit Unterstützung von Zuntz in seinem Laboratorium ausführen dürfen. Die Ergebnisse sind folgende: Die Blutmenge des gesunden Kindes ist relativ größer als die des Erwachsenen. Sie ist so beträchtlich erhöht, daß die geringe Verminderung des % Hämoglobingehaltes ihres Blutes überkompensiert wird, so daß die Hämoglobinmenge im Verhältnis zum Körpergewicht beim Kinde höher ist als beim Erwachsenen. Als Vergleichszahlen benützt er die von Plesch bei gesunden Erwachsenen gewonnenen Werte. Bei der Sauerstoffkapazität liegen die Verhältnisse ähnlich. Prozentual sind auch hier die Werte deutlich tiefer als beim Erwachsenen, aber die größere Blutmasse des Kindes bringt nahezu einen Ausgleich, so daß die Sauerstoffkapazität des Gesamtblutes und im Verhältnis zum Körpergewicht der des Erwachsenen ähnlich wird. Das spezifische Bindungsvermögen des Hämoglobins ist annähernd dem von Plesch bei zwei Erwachsenen gefundenen gleich und stimmt mit dem von Hüfner angegebenen Normalwert nahezu überein. Die Befunde bei den blassen Kindern zeigen, daß ein großer Teil von vornherein als scheinanämisch auszuschalten ist. Ihr Blutbefund gleicht dem der Erwachsenen. Die übrigen sechs zeigen jedoch Besonderheiten. Soweit es bei dem kleinen Material möglich ist, scheinen ihm

diese Kinder auf drei in ihrem Blutbefunde verschiedene Gruppen hinzudeuten. Gruppe 1 würden die Kinder repräsentieren mit einem abnorm niedrigen % Hämoglobingehalt des Blutes. Die Blutmenge ist dabei die gewöhnliche, woraus sich naturgemäß eine geringe Gesamthämoglobinmenge berechnet. Die Sauerstoffkapazität des Blutes ist aber so hoch, daß die Gesamtsauerstoffkapazität des Körpers etwas über seinem bei gesunden Kindern festgestellten Normalwert liegt. Diese Kinder sind also trotz ihres geringen Hämoglobingehaltes für die Oxydationsarbeit in ihren Geweben gut gerüstet. In diesem Verhalten ist eine weise Kompensationsvorrichtung des Organismus zu erblicken, die darin besteht, daß im allgemeinen dort, wo eine abnorme Verminderung des Hämoglobins eintritt, die Funktion des Hämoglobins ansteigt, die die wertvollste für den Körper ist, nämlich sein Sauerstoffbindungsvermögen. Die zweite Gruppe würden die Kinder darstellen, die eine abnorm große Blutmenge haben bei einem der Norm etwa entsprechenden % Hämoglobin des Blutes. Daraus resultiert eine erhöhte Hämoglobinmenge des Körpers. Das Sauerstoffbindungsvermögen des Blutes ist aber prozentual herabgesetzt, so daß die Kapazität im Verhältnis zum Körper dem Durchschnittswert entspricht. Diesen Kindern nützt, sozusagen, ihr hoher Hämoglobinreichtum nichts, weil sie eben ein so schlecht Sauerstoff resorbierendes Blut bzw. Hämoglobin besitzen. Die dritte Gruppe schließlich wären die Kinder mit einer abnorm niedrigen Blutmenge. Dabei bedingt der etwa dem Durchschnitt entsprechende % Hämoglobingehalt des Blutes eine deutliche Herabsetzung des Gesamthämoglobins des Blutes. Aber auch hier tritt wieder ausgleichend die hohe Sauerstoffkapazität des Blutes in Erscheinung. Das spezifische Sauerstoffbindungsvermögen des Hämoglobins ist sehr gut. Es entsteht nun die Frage, welches von diesen Kindern wirklich anämisch ist. In dem Sinne, daß das Blut eines dieser Kinder seine Tätigkeit des Sauerstofftransportes an die Gewebe heran nur mangelhaft ausüben könnte, eigentlich kein einziges. Es läßt sich heute noch nicht sagen, wie diese angedeuteten Typen sich verschieden manifestieren, wie sie ätiologisch verschieden zu beurteilen und eventuell therapeutisch anzufassen sind. Das werden erst weitere Untersuchungen zeigen. Das aber läßt sich schon jetzt sagen, daß es gewiß nicht berechtigt ist, aus dem Aussehen der Kinder, aus der Blutfülle ihrer Haut und der sichtbaren Schleimhäute einen Schluß zu ziehen auf ihre Blutmenge, auf ihren Hämoglobingehalt und das Sauerstoffbindungsvermögen des Hämoglobins. Darin hat Sahli, der schon im Jahre 1886 auf Grund von Untersuchungen mit dem alten Gowersschen Apparate behauptete, daß viele von den blaß aussehenden Menschen nicht anämisch seien, weil ihr % Hämoglobingehalt dem der gesund Aussehenden gleich sei, recht gehabt. Die Verhältnisse liegen scheinbar aber doch noch viel verwickelter, als man von vornherein glauben sollte.

2. O. Herbst: a) **Demonstration von Syphilisfällen.** Drei Kinder, die an einer Lues hereditaria leiden und alle drei eine positive Wassermannsche Reaktion haben. Der 10 jährige Junge hat eine doppelseitige Kniegelenksentzündung durchgemacht und eine interstitielle Keratitis, der 13 jährige Junge eine rechtsseitige Kniegelenksentzündung, das 12 jährige Mädchen hat eine Ozäna. Die Kinder stelle ich Ihnen nur vor wegen ihrer Hutchinsonschen Zähne. Oberwarth hat 1907 festgestellt, daß die Pädiater sich vielfach noch recht skeptisch der diagnostischen Bedeutung dieser Zahnform gegenüber aussprechen und daß dagegen H. Neumann und seine Schule den Wert der Anomalie für die Syphilisdiagnose seit Jahren schon anerkennt. Ich glaube, daß durch die Wassermannsche Reaktion die Neumannsche Ansicht immer mehr bestätigt werden wird. Auch die nicht ganz klassisch ausgebildeten Formen der Hutchinsonzähne sind wichtig. Bei dem ersten Jungen ist nur der linke obere innere Schneidezahn verändert, der rechte ist sonderbarerweise ganz gesund, so daß man die beiden sehr gut vergleichen kann. (Demonstration.) Der kranke Zahn ist verkürzt, oval, nach der Schneide zu verjüngt und hat den typischen halbmondförmigen Defekt. Das Mädchen hat dieselbe Form an beiden oberen inneren Schneidezähnen, aber nur angedeutet. Bei dem zweiten Knaben kommt dadurch, daß die Zähne schmal sind, einen abgerundeten Querschnitt haben und weit auseinanderstehen, die charakteristische Pfahl- oder Pflockform zustande sowohl an den oberen wie an den unteren Schneidezähnen (Demonstration).

3. E. Schloss: **Systematische Körperwägungen im Säuglingsalter.** Vortr. berichtet zunächst kurz über den Wert der vierstündlichen Gewichtsbestimmung in den Fällen,

wo die tägliche Wägung nicht ausreicht, also besonders bei schnell ablaufenden akuten Ernährungsstörungen oder bei der experimentellen Prüfung einzelner Nahrungskomponenten. Die vierstündliche Wägung soll sich aber auch brauchbar erweisen für die Beurteilung des Zustandes junger Säuglinge. Vortr. demonstriert zunächst die Kurven gesunder Kinder und macht dabei auf den Hauptvorzug der häufigeren Wägungen aufmerksam, die größere Genauigkeit. Dann bringt er als Gegensatz die Kurve eines ernährungsgestörten Kindes, wo sich die allmähliche Besserung in gleicher Weise in dem Abklingen der anfänglich sehr großen Gesichtsschwankungen wie in der Verflachung der Temperaturkurven ausprägt. Aus der größeren oder geringeren Regelmäßigkeit der Gewichtskurven lassen sich endlich auch Schlüsse auf die Weiterentwicklung bei einer bestimmten Ernährung ziehen. Der Hauptwert der Methode soll aber ein theoretischer sein, wie später dargetan werden soll.

4. Helbich: **Bedeutung der Molkenreduktion für die Ernährung junger Säuglinge.** Vortr. hatte sich die Aufgabe gestellt, die Wirkung der Kuhmilchmolke abgesehen vom Milchzucker bei der Ernährung junger Säuglinge zu prüfen. Er verwendete dazu eine molkenarme und eine molkenreiche Milch. Die molkenarme Milch enthielt alles Fett der Kuhmilch, zwei Fünftel vom Eiweiß, zwei Fünftel von der Molke, während der Milchzucker auf 5% gebracht war. Die molkenreiche Milch unterschied sich von der molkenarmen nur insofern, als sie die ganze Molke der Kuhmilch enthielt. Sein Vorgehen war nun derart, daß bei einer größeren Anzahl von Kindern, die mit der molkenarmen Milch gediehen, die molkenreiche Milch unmittelbar an Stelle der molkenarmen gegeben wurde, während die Nahrungsmenge und somit der Nährwert nicht geändert wurde. Es zeigte sich nun, daß gerade bei jungen und mehr oder weniger geschädigten Kindern Ernährungsstörungen auftreten können, die schon durch rechtzeitiges Entziehen der zugegebenen Molke, also ohne die Nahrungsmenge zu reduzieren, zu heilen sind. Ferner benutzte er bei einigen Kindern eine Milch, die alles Fett, alles Kasein und allen Milchzucker der Kuhmilch enthielt, dagegen nur zwei Fünftel der übrigen Molkenbestandteile, und ging dann von dieser molkenarmen Milch auf die Vollmilch selbst über. Es handelte sich also um dieselbe Versuchsanordnung wie vorher, nur enthielten die beiden zu vergleichenden Milchsorten das gesamte Kasein der Vollmilch. Die Molkenwirkung ist hier die gleiche wie bei der ersten Versuchsreihe. So ergibt sich aus beiden Versuchsreihen als Resultat ein schädigender Einfluß des milchzuckerfreien Molkenrestes, d. h. wahrscheinlich der anorganischen Bestandteile der Milch, wenn man nicht eine Wirkung anderer, noch unbekannter Stoffe, die es in der Milch wohl sicher noch gibt, annehmen will.

Diskussion. Erich Müller demonstriert eine Kurve aus der Arbeit von Bruck[1]), die ihm eine gute Illustration zu einer Molkenschädigung eines Säuglings darzustellen scheint. Das Kind wurde, um den Einfluß der Finkelsteinschen molkenarmen Suppe auf sein Ekzem zu erproben, zuerst mit einem molkenreichen, dann mit einem molkenarmen und schließlich wieder mit einem molkenreichen Nahrungsgemisch ernährt. Dabei zeigten sich drei Etappen des Krankheitsverlaufes, die sich Müller auf Grund der Gewichtskurve folgendermaßen deutet. Etappe 1: Bei Molkenernährung zuerst scheinbares Gedeihen des Kindes, dann aber rapider Gewichtssturz. Etappe 2: Unter dem Einfluß der molkenarmen Nahrung von Finkelstein langsame und deshalb gute Reparation. Etappe 3: Bei Rückkehr zu molkenreicher Nahrung zuerst ein starker Gewichtsanstieg unter Ödembildung, dann unaufhaltsamer Gewichtssturz mit Kräfteverfall und blutigeitrigen Stühlen, denen das Kind erliegt.

5. Reiche: **Kongenitale Lues.** Vortr. gibt einen kurzen Überblick über die seit zwei Jahren im Waisenhaus Rummelsburg bestehende Station für ältere, an kongenitaler Lues leidende Kinder. Er bespricht dann weiter die guten Erfolge, die hier durch systematische Quecksilberbehandlung erzielt sind, und berichtet zum Schluß über die Resultate einer großen Anzahl von Untersuchungen des Blutes syphilitischer Kinder. Letzteres wird noch in besonderer Veröffentlichung ausführlich besprochen werden.

6. W. Boehme: a) **Tuberkulöse Wirbelkaries mit Fistelbildung.** Der 20jährige Patient wurde mit einer Tuberkulinkur behandelt. Begonnen wurde am 12. November 1908 mit $^1/_{1000}$ mg Alttuberkulin. In 2—3 tägigen Intervallen wurde

[1]) Novemberheft der Monatsschrift für Kinderheilkunde 1909.

in 92 Injektionen am 5. Juli 1909 die Enddosis von 3,0 g reinem Alttuberkulin erreicht. Geheilt ist der Patient nicht, aber es wurde eine recht erhebliche Besserung erzielt. Die früher sehr starke Sekretion aus der Fistel ist viel geringer geworden. Das Allgemeinbefinden hat sich ganz wesentlich gehoben, der Patient ist jetzt den ganzen Tag außer Bett und beschäftigt sich mit schriftlichen Arbeiten, und vor allem er ist jetzt fieberfrei, während er vor der Tuberkulinkur stets stark fieberte. Es werden aus der Kurve drei Typen demonstriert: Typus I. Hohe abendliche Temperatursteigerungen bis auf 39,5° mit morgendlichen Remissionen. Typus II. Während der Kur, Dosis 43—53 mg Alttuberkulin, geringe Schwankungen, höchste Reaktion 37,6°. Typus III. Am Schluß der Kur, Dosis 3,0 g reines Alttuberkulin, höchste Reaktion 37,5°. Bemerkt muß noch werden, daß die spezifische Kur durch allgemeine Maßnahmen, Liegekur auf dem Balkon, Luftbäder, Bestrahlungen mit blauem Licht (Sonnenlicht durch einen Blechtrichter mit blauer Glasscheibe) unterstützt wurde. Außerdem wurden Injektionen von Trypsin 0,02 und später Chinin. sulfur. ebenfalls 0,02 in die Fistel alle paar Tage verwendet.

b) **Verruköser Lupus der Hände.** 15jähriger Junge, bei dem durch 16 Röntgenbestrahlungen eine erhebliche Besserung erzielt wurde, nachdem vorher mit 10—40%iger Tuberkulinsalbe kein bedeutender Erfolg erzielt worden war.

III. Neue Bücher.

A. Martin. **Die Pflege und Ernährung des Neugeborenen. — Fragen des Lebens Nr. 1.** Verlag für Volkshygiene und Medizin. Berlin 1909. 16 Seiten 8°. Preis 30 Pf.

In knapper, sehr handlicher Form will der Verf., entsprechend der „heutigen Auffassung der Volkswohlpflege", zeigen, daß auch im Rahmen der eigensten Aufgaben des Familienlebens klare Einsicht in die Vorgänge des Wochenbetts und der Pflege und Ernährung des Neugeborenen das Wohl der jungen Mutter und des Erdenbürgers nachhaltig zu fördern imstande ist. Am Rande stehen kurze Fragen, auf die im Texte daneben klare, kurz begründete, meist erschöpfende Antworten gegeben sind. — Als Anhang ist eine „Tabelle für künstliche Ernährung für das erste Lebensjahr" nach M. Ebert beigegeben. Sie entspricht jedoch den modernen Anschauungen über Säuglingsernährung nicht in ausreichender Weise, insbesondere sind Gewicht und Zunahme des Kindes zu wenig berücksichtigt. Wegscheider:

Dannemann, Schober und E. Schultze. **Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik.** Verlag C. Marhold, Halle. Lieferung 2 u. 3.

Wir haben uns nach der trefflichen ersten Lieferung dieses Handbuchs auf die folgenden gefreut. Unsere freudige Erwartung ist nicht getäuscht worden. Unter den vielen schönen Artikeln soll besonders auf den meisterhaft geschriebenen über Hebephrenie (Dementia praecox) von Weigandt hingewiesen werden.

Die Ausführungen des bekannten ungarischen pädagogischen Psychologen Rauschburg über Aufmerksamkeit sind sowohl pädagogisch als medizinisch, als psychologisch eines eingehenden Studiums wert. Den Kinderarzt interessiert ein Artikel von Meltzer über nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus), der außer medizinischen auch gute pädagogische Ratschläge enthält, und der Fiebigsche Aufsatz über das „Einnässen" und vieles andere, z. B. Diagnose des Schwachsinns von Strohmeyer. Best (Dresden) gibt eine auch für Laien verständliche Übersicht über die Beziehungen des Auges zum Schwachsinn.

Wer sich für die Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge interessiert, findet zahlreiche biographische Notizen über Männer, die sich um das Schwachsinnigenwesen verdient gemacht haben, aus der Feder des Institutslehrers Kirmse (Heidelberg). So erfahren wir z. B. interessante Details über Dr. Thomas John Barnardo, dem bekannten Pflegevater der Londoner „Niemands-Kinder", über den

bekannten Psychologen und Pädagogen Benecke, über den braunschweiger hochverdienten Arzt Berkhahn usw. Es ist unmöglich, alle die übersichtlich durchgearbeiteten, populären pädagogischen Artikel namhaft zu machen, z. B. über die Berufswahl der imbezillen Kinder von Hilfsschuldirektor Böttger in Leipzig.

Hauptlehrer Frenzel (Stolp) tritt warm für die Koedukation ein. Ob er damit nicht nach den neueren Erfahrungen in der Schweiz und Amerika auf energischen Widerstand stoßen wird? Sehr wohltuend ist, daß sich überall das Bestreben der Pädagogen geltend macht, gemeinsam mit dem Arzt zu arbeiten, z. B. Hilfschuldirektor Delitsch in einem lesenswerten Aufsatz über Erziehungsgrundsätze. Derselbe Autor schließt eine Abhandlung über Erziehungsmittel mit dem beherzigenswerten Satze, den sich die Prügelpädagogen hinters Ohr schreiben sollten: „Der Schlüssel zum Herzen des Zöglings ist nicht die Strafe, nicht der Tadel, sondern sein Beifall, sein Lob, seine väterliche Liebe.“ Zum Schlusse möchte Ref. noch anerkennend erwähnen, daß der ärztliche Mitarbeiter Dannemann (Gießen) bei allen Krankheiten die griechische und lateinische Ethymologie erwähnt hat. Dies dürfte nicht nur dem Lehrer, der nur seminaristische Bildung genossen hat, sondern auch manchem Mediziner, dem jetzt auch nach „Oberrealschulbildung“ die Universität offen steht und der infolgedessen mit der Antike auf keinem freundschaftlichen Fuß steht, höchlichst willkommen sein. Man darf den folgenden Lieferungen des Werks mit Spannung entgegensehen.

A. Feuchtwanger (Frankfurt a. M.).

Pfaundler u. Schlossmann. **Handbuch der Kinderheilkunde.** Leipzig, F. C. W. Vogel.

Von der 2. Auflage dieses Werkes liegen die ersten beiden Bände vor. Wenn von einem solch umfangreichen Werk der 1. Auflage so bald eine zweite folgt, so sagt das schon zur Genüge, daß zu dessen Publikation tatsächlich ein Bedürfnis vorgelegen hat und das es den Beifall des Leserkreises, für das es bestimmt ist, in vollem Maße gefunden hat. Hier sind es die praktischen Ärzte, an die sich das Werk in erster Linie wendet. Ihnen soll es ein Führer und Berater für die pädiatrische Praxis sein; und diesen Zweck erfüllt es in vorzüglicher Weise. Wir können auf die Einzelheiten des Inhalts nicht eingehen. Die bedeutendsten Pädiater sind als Mitarbeiter vertreten, und sie alle sind den Intentionen der Herausgeber durchaus gefolgt und haben aus der Praxis heraus für die Praxis geschrieben. Daß sie in der neuen Auflage die Fortschritte der Wissenschaft überall berücksichtigt haben, braucht kaum hervorgehoben zu werden. Aber auch neue Kapitel („Erythema infectiosum“, „Lymphatische Konstitution, Neuro-Arthritismus und exsudative Diathese“, „Serumkrankheit“) sind hinzugekommen, die Zahl der Abbildungen wurde wesentlich vermehrt. So wird auch die 2. Auflage zweifellos zahlreiche Freunde finden.

Grätzer.

K. Süpfle. **Leitfaden der Vakzinationslehre.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. Preis: Mk. 5,60.

S. hat es unternommen, die Vakzinationslehre besonders vom wissenschaftlichen und modernen Standpunkte aus darzustellen, und diese Aufgabe ist ihm vorzüglich gelungen. Wenn der Praktiker sich mit dem gegenwärtigen Stand dieser Lehre, die gerade in den letzten Jahren wichtige Fortschritte zu verzeichnen hat, vertraut machen will, so bietet ihm dies Buch die beste Gelegenheit dazu, zumal es auch der praktischen Seite durchaus gerecht wird. Sehr schöne Abbildungen wird der Leser ebenfalls in dem Werke finden.

Grätzer.

L. Langstein und L. F. Meyer. **Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. Preis: Mk. 6,60.

Die letzten Jahren haben in diesem Gebiete viel Neues gebracht, immer wieder zeitigten die Forschungen wichtige Ergebnisse, viel Altes wurde umgestoßen und neue Ausblicke eröffnet. Die Autoren haben sich den Dank der Praktiker erworben, indem sie einen „Grundriß“ ausarbeiteten, der den jetzigen Stand dieser Fragen vor Augen führt. Nicht leicht war diese Aufgabe, aber die Verff. haben sie vortrefflich gelöst. Ihr Buch wird dem praktischen Arzt die besten Dienste leisten.

Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Rixdorf. In den Gemeindeschulen wird für bedürftige, an Rückgratsverkrümmung leidende Schülerinnen **orthopädischer Turnunterricht** eingerichtet.

München. Ein **Museum für Säuglingsfürsorge** beabsichtigt die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern im Arbeitermuseum einzurichten, dessen wichtigste Bestandteile als Wanderausstellung auch anderen Orten Bayerns und als Demonstrationsmaterial zu Vorträgen entliehen werden können. Das Staatsministerium des Innern hat als erstmalige Beihilfe die Summe von 1500 Mk. gewährt. Gelegentlich der Münchener Tagung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz soll das Museum in provisorischen Räumen eröffnet werden.

Bochum. Die Stadt hat die Errichtung einer **Säuglingsbewahranstalt** beschlossen.

Hamm (Westf.). Unter Leitung des Kreisarztes ist ein **Fürsorgeamt** eingerichtet worden, welches die Organisation der Säuglings-, Kinder-, Trinker- und Tuberkulosefürsorge zur Aufgabe hat.

Düsseldorf. Der **Verein für Säuglingsfürsorge** im Regierungsbezirk veranstaltet in der Zeit vom 4.—9. Juli einen unentgeltlichen **Fortbildungskursus in der Milchhygiene** unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Schlossmann. Alles Nähere durch die Geschäftsstelle des Vereins, Düsseldorf, Werstenerstraße 150.

Wien. Dr. O. Kahler hat sich für Krankheiten der oberen Luftwege habilitiert. Privatdozent Dr. H. Ulbrich (Prag) ist zum Leiter der Augenabteilung am I. Öffentlichen Kinderkrankeninstitut ernannt.

St. Petersburg. Privatdozent Dr. Schkarin ist zum a. o. Prof. für Pädiatrie ernannt.

Zur Organisation der medizinischen Literatur. Man ersucht uns um Aufnahme nachstehender Erklärung:

Die unterzeichneten Verleger medizinischer Zeitschriften nehmen zu den von Herrn Prof. Dr. Abderhalden veröffentlichten Plänen folgendermaßen Stellung:

1. Sie erkennen eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Referatenwesens als durchaus wünschenswert an.

2. Sie halten die Schaffung einer vollständigen Bibliographie der Medizin für verdienstvoll, indessen nur dann, wenn die Höhe der Kosten in keinem zu starken Mißverhältnis zu dem begrenzten Interessentenkreis steht, der sie benutzen würde.

3. Sie setzen zur Prüfung dieser Fragen, deren befriedigende Lösung gleichmäßig im Interesse der Wissenschaft wie des Verlagsbuchhandels liegt, in Gemeinschaft mit den Redakteuren ihrer medizinischen Zeitschriften eine Kommission ein, die zu erwägen hat, ob und in welcher Weise das erstrebte Ziel durch Verständigung zwischen den bestehenden Zeitschriften zu erreichen ist.

4. Sie halten eine Angliederung der geplanten Bibliographie der Medizin an die bestehende und bewährte Uhlwormsche internationale Bibliographie der Naturwissenschaften und der Medizin, die eventuell weiter auszugestalten sein würde, für erwünschter und schon aus finanziellen Gründen für praktisch aussichtsreicher als eine Neugründung und werden sich deshalb mit dem Reichsamt des Innern in Verbindung setzen.

5. Sie halten die bisherigen Versuche zur Durchführung der Pläne für ungeeignet, da sie dazu angetan waren, Beunruhigung in die beteiligten Kreise zu tragen.

Folgen die Unterschriften von 27 medizinischen Verlagsbuchhandlungen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Juli 1910. Nr. 7.

Inhalt.

I. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.



III. Therapeutische Notizen. — IV. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Juli 1910. Nr. 7.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

M. Klotz, Milchsäure und Säuglingsstoffwechsel. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 1 S. 1.) Verf. hat Untersuchungen darüber angestellt, ob der Milchsäure im Darm des Säuglings irgendwelche Bedeutung zukommt und worin diese zu suchen ist. Man nahm bisher i. a. an, daß normalerweise der Milchzucker im Darm gespalten und zu Milchsäure vergoren wird. Trotz vieler Arbeiten ist das Problem der Milchsäurebedeutung für den Stoffwechsel noch nicht gelöst.

Verf. fand bei seinen Versuchen, daß kleinere Gaben Milchsäure den Stoffwechsel beeinflussen, daß bei größeren der tonisierende Einfluß abnimmt und schließlich pathologische Zustände, die in erster Linie am Fett- und Mineralstoffwechsel angreifen, eintreten.

Hecker.

H. Rietschel, Über kongenitale Tuberkulose. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 1 S. 62.) An die Mitteilung eines Falles knüpft Verf. Bemerkungen über die Entstehung der kongenitalen Tuberkulose. Bei bestehender Plazentartuberkulose der Mutter kann dieselbe sowohl während der Fötalzeit wie auch während der Geburt übertragen werden. Letzterer Infektionsmodus ist doch ziemlich häufig, wobei es bis zum Tode des Kindes oft Monate dauert. Ein Latenzstadium der Tuberkelbazillen für den Säugling ist abzulehnen.

Hecker.

W. Schubart, Die Amme im alten Alexandrien. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 1 S. 82.) Interessante Aufschlüsse über das Ammenwesen im Altertum (mit Literaturangabe). Hecker.

F. Rosenthal, Zur Frage des alimentären Fiebers. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 2 S. 123.) Auf Grund einer großen Anzahl von Tierexperimenten lehnt Verf. die zurzeit bestehenden Theorien über die Entstehung des alimentären Fiebers ab. Weder dem in der Zirkulation befindlichen Zucker kommt die von Schaps supponierte pyrogene Salzwirkung zu, noch läßt sich auf der Basis einer Darmschädigung (Finkelstein) bei Zucker- oder Salzzufuhr gesetzmäßig alimentäres Fieber erzeugen. Die Hypothese, daß es sich beim alimentären Fieber um Salzwirkung handele, hält Verf. nicht mehr aufrecht. Da somit das alimentäre Fieber noch nicht geklärt ist, stellt Verf. für künftige Untersuchungen die Fragen auf, ob das Fieber wirklich alimentär sei, oder durch bakterielle Prozesse bedingt; ob

einem alimentären Fieber ein chemischer Vorgang zugrunde liegt, oder ob es sich bei ihm mehr um eine biologische Reaktion etwa im Sinne der Pirquetschen Allergie handelt. Hecker.

A. v. Reuss, Über chronische Erkrankungen der Parotis im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 2 S. 161.) 4 Fälle von chronischer rezidivierender Parotitis, die ziemlich selten ist. Ausführliches Literaturverzeichnis. Hecker.

M. Mühlmann, Über Wachstumserkrankungen. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1909. Bd. 70. Heft 2 S. 174.) Verf. macht in seiner Arbeit den Versuch, manche unaufgeklärte Zustände aus der Physiologie und Klinik des Kindesalters durch eine physikalische Wachstumstheorie zu belichten. Er will seine Arbeit nur als Schema angesehen wissen, auf dem die Klinik weiter arbeiten soll. Von diesem Gesichtspunkt aus bespricht er das „Wachstumsfieber", die „Dentition" und Pubertätserkrankungen. Hecker.

J. Neumann, Die Behandlung der Larynxstenose, Ergebnisse und Erfahrungen seit 1901 am Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. Heft 5 u. 6.) Besonders berücksichtigt werden die Fälle, in denen die Operation (Intubation oder Tracheotomie) Todesursache gewesen zu sein schien. An 24 Fällen wird gezeigt, daß wesentlich der Dekubitus bei der Intubation den üblen Ausgang verschuldet. Deshalb ist auch die Aufmerksamkeit der Intubatoren jetzt ganz besonders der Behandlung des Dekubitus zugewendet. Hecker.

Hans Vogt, Die Bedeutung der Eier als Bestandteil der Säuglingsernährung. (Klinik Czerny Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Januar 1910. Bd. 8. Nr. 10 S. 585.) Verf. gibt zuerst eine Übersicht über die Angaben der Literatur bezüglich Anwendung der Eier zum Zwecke der Säuglingsernährung und Ernährung älterer Kinder. Verf. geht dann auf eigene Versuche über. Es wurde bei 6 Neugeborenen ein Eidotter pro die als Zusatz zur künstlichen Ernährung verwendet, von dem Gedanken ausgehend, daß in der Kuhmilch irgendein Bestandteil in so geringer Menge vorhanden sei, daß nicht alle Kinder in normaler Weise gedeihen. Die Resultate entsprachen nicht den Erwartungen. Wohl bewahrten die Kinder durch etwa 4 Wochen ein auffallend gutes Aussehen, das Körpergewicht stieg an. Aber bald stellten sich fast alle Kinder auf kleine Nahrungsmengen ein, so daß das Körpergewicht lange Zeit stehen blieb; dann wurden die Kinder bleich, der Turgor der Gewebe nahm ab, das Fettgewebe schwand. Und jetzt zeigten sich Schwierigkeiten in der weiteren Ernährung, die nicht immer überwunden werden konnten.

Bei Säuglingen, die akute Ernährungsstörungen überstanden hatten, zeigte die Verabfolgung von einem Eidotter pro die keinen wesentlichen Einfluß, weder im guten noch im schlechten Sinne. Nur die Stühle sahen auffallend gut aus. Schick (Wien).

J. Peiser, Über angeborene Bronchiektasie. (Klinik Czerny Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Januar 1910. Bd. 8. Nr. 10 S. 602.) Nach Übersicht über die Literatur der Bronchiektasien lenkt

P. die Aufmerksamkeit auf die durch 5 Eigenbeobachtungen gestützte Ansicht, daß wahrscheinlich einem großen Teil der erworbenen Bronchiektasien eine angeborene Schwäche der Bronchialwandung zugrunde liegt. Die angeborene Bronchiektasie kommt häufiger vor, als man allgemein annimmt. Schick (Wien).

Engel und **Bode**, Zur Kenntnis des Fötalfettes. (Klinik Schlossmann Düsseldorf.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Januar 1910. Bd. 8. Nr. 10 S. 618.) Der etwa im 8. Schwangerschaftsmonat energisch einsetzende Fettansatz des Fötus führt dahin, daß der Neugeborene zu etwa 10—12 % aus Fett besteht. Dieses Fett entspricht nicht dem Normalfett des Menschen, sondern unterscheidet sich von ihm durch einen niederen Gehalt an Ölsäure und einen hohen an flüchtigen mit Wasserdämpfen übergehenden Fettsäuren. Durch die letztere Eigenschaft nimmt es den Charakter eines Milchfettes an, im ganzen steht es gerade dem Frauenmilchfett sehr nahe. Diesen Charakter verliert das Säuglingsfett innerhalb einer noch nicht näher bekannten Zeit sicher bis zum Ende des ersten Lebensjahres.

Die eigentümliche Beschaffenheit des menschlichen Fötalfettes ist vielleicht Wirkung eines von der Mutter gelieferten Körpers vom Charakter der Hormone, welches ebenso wie für die Milch, so auch für den Fötus das zugeführte Material zur Fettbildung charakteristisch umformt. Dieser Einfluß fällt nach der Geburt fort, so daß sich jetzt, ohne ersichtliche Mitwirkung von alimentären Einflüssen, das menschliche Normalfett entwickeln kann. Schick (Wien).

E. Peiper, Das Auftreten der spinalen Kinderlähmung in Vorpommern. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Greifswald.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 9.) Im ganzen wurden 51 Fälle ärztlicherseits bekannt. Vergeblich bemühte man sich, den Infektionsweg zu eruieren. Die Krankheit galt bisher nicht als kontagiös. Auf Grund der Erfahrungen während der schwedischen Epidemie spricht Wickmann für die Kontagiosität der Erkrankung aus. Auch Krause und Müller betonen auf Grund ihrer Erfahrungen in der westfälischen und Marburger Epidemie, daß die Übertragung anscheinend von Person zu Person stattgefunden hat.

In der vorpommerschen Epidemie ist kein Fall einer derartigen Übertragung bekannt geworden, obwohl die kranken Kinder mit den gesunden oft in engstem familiären Verkehre standen. P. hat sich in der Anamnese sehr sorgfältig nach der Übertragungsmöglichkeit von Person zu Person erkundigt. Auch die Anklamer Kollegen konnten eine solche nicht feststellen. In Hessen-Nassau wurden mit Vorliebe bestimmte Dörfer bzw. Straßen und hier wiederum gewisse Häusergruppen befallen.

Gegen die Kontagiosität spricht die Tatsache, daß in keiner Familie mehr als ein Kind erkrankte, obwohl es sich teilweise um kinderreiche Familien handelte, ein Umstand, der auch von den Anklamer Kollegen besonders betont wird. Eine Isolierung der Kranken hat sicherlich wohl kaum in einem Fall stattgefunden, zumal besonders in der ersten Zeit bei dem anscheinend an Brechdurchfall, Influenza oder Meningitis Erkrankten die Diagnose aus leicht begreif-

lichen Gründen nicht auf Kinderlähmung gestellt werden konnte. Die Tatsache, daß durch erfahrene Forscher eine Kontagiosität als bestehend erachtet wird, legt aber dem Arzte die Verpflichtung auf, bei verdächtigen Erkrankungen, wenigstens in der ersten Zeit, eine Isolierung der Erkrankten zu erstreben.

Ganz übereinstimmend begann in fast allen Fällen das Krankheitsbild mit hohem Fieber und Kopfschmerzen, Durchfällen und Brechreiz. Auch starke Schweiße werden angegeben. Das Fieber dauerte meist nur wenige Tage an. In einzelnen Fällen bestand es mehrere Wochen. In drei Fällen begann das Krankheitsbild mit einer Angina. In einigen Fällen wurde große Schmerzhaftigkeit bei Berührung der Extremitäten beobachtet. Wiederholt machten die Kranken den Eindruck von an Meningitis Leidenden.

Die Lähmungserscheinungen wurden häufig schon während des fieberhaften Stadiums beobachtet oder aber erst nach Abfall des Fiebers bemerkt. Bei einzelnen Kindern waren infolge der Lähmung ausgebreiteter Muskelgebiete, besonders der Nacken-, Hals- und Rückenmuskulatur, die Lähmungserscheinungen so erheblich, daß sie beim Aufrichten „zusammensackten". In einem Drittel der Fälle betraf die Lähmung nur eine Extremität. Dann folgte in der Häufigkeit des Ergriffenseins die Lähmung beider Beine, dann die Lähmung beider Beine und eines Armes bzw. der Nacken-, Rücken- oder Halsmuskulatur. Blasenlähmung wurde wiederholt im akuten Stadium beobachtet. In einem Falle bestand eine Incontinentia urinae neben einer Armlähmung. Nur einmal wird das Auftreten einer Fazialislähmung angeführt.

Der Tod erfolgte, soweit bekannt, in 6 Fällen = 11,7 %. In 4 Fällen trat der Tod im akuten Stadium ein. Als Todesursache wurde je einmal Pneumonie und aufsteigende Lähmung angegeben. In einem Falle trat der Tod nach wochenlangem Siechtum ein. Der letal verlaufene Fall bot, abgesehen von den Veränderungen im Gehirn und Rückenmark, keinen besonderen Befund. Die mikroskopische Untersuchung des Lendenmarkes ergab: Perivaskuläre kleinzellige Infiltration, starke Erweiterung der Gefäße, beginnende Degeneration der Ganglienzellen.

Nicht die besonders hohe Mortalität macht die Kinderlähmung zu einer gefürchteten Kinderkrankheit, sondern vor allem die zurückbleibenden Ausfallserscheinungen. Zwar ergibt P.s Rundfrage, daß in etwa 10 Fällen der Krankheitsverlauf zur Ausheilung geführt hat. Wahrscheinlich sind in diesen und anderen Fällen die Lähmungserscheinungen erheblich gebessert worden, so daß man von einer relativen, in manchen Fällen sogar von einer völligen Heilung sprechen kann. In den in P.s Klinik beobachteten 15, zumeist schweren Fällen hat P. nur Besserungen, keine einzige völlige Gesundung bisher beobachtet.

Grätzer.

P. Sommerfeld, Eine wesentliche Vereinfachung der Neisserschen Färbung der Diphtheriebazillen. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.) Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 11.) S. benutzt seit einiger Zeit zur

Färbung der Polkörnchen ein äußerst einfaches, nie versagendes Verfahren, welches sich auf die Tatsache gründet, daß die Polkörnchen einen Farbstoff, mit dem sie einmal tingiert sind, außerordentlich festhalten im Gegensatz zu den Bazillenleibern. Färbt man einen Ausstrich einer Diphtheriekultur, gleichgültig ob Serum-, oder Glyzerinagarkultur oder einen direkten Rachenausstrich mit Methylenblaulösung — Loefflersche oder gewöhnliche alkoholische oder wäßrige — und behandelt das Präparat dann einige Sekunden mit Formalin (der 40%igen wäßrigen Lösung von Formaldehyd des Handels) oder noch besser mit einer Mischung gleicher Teile Formalin und Alkohol, so sieht man die Polkörnchen tief dunkelblau im blaßblauen Bazillenleib. Es wird also derselbe Effekt erzielt wie z. B. bei der Loefflerschen Methode, zu der fünf Farbstoffe bzw. Reagenzien erforderlich sind.

Ein Mißlingen der in ganz kurzer Zeit ausführbaren Färbung erscheint ausgeschlossen. Beim Färben direkter Rachenausstriche muß das Formalin etwas länger einwirken, um die häufig in Schleim- und Zellenmassen eingebettet liegenden Bazillen zu entfärben. Die ganze Prozedur ist also folgende:

Das in gewöhnlicher Weise getrocknete und fixierte Präparat mit Methylenblaulösung (Loeffler, alkoholische oder wäßrige) übergießen, abspülen mit Wasser oder abtrocknen mit Fließpapier, in Formalin-Alkohol bringen, bis die blaue Farbe gelöst und das Präparat fast farblos geworden ist (einige Sekunden), abspülen mit Wasser, trocknen.

Eine Gegenfärbung ist völlig überflüssig, da ganz klare und distinkte Bilder erzielt werden. Natürlich ist eine solche aber möglich, z. B. mit Vesuvin, Chrysoidin oder Eosin. Grätzer.

H. Bonhoff (Marburg), Zur Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 12.) In den Anschwellungen des Rückenmarks von Kindern, die an akuter epidemischer Poliomyelitis gestorben waren, ließen sich mit der Mannschen Färbung in mit Sublimatalkohol konservierten Organen Kerneinschlüsse in den Neurogliazellen auffinden, die wegen ihrer Eigenschaften, vor allem wegen des Vorhandenseins von kleinsten Innenkörperchen bei einer Anzahl der Einschlüsse, für Fremdgebilde gehalten werden, spezifisch für die in Rede stehende Erkrankung.

Grätzer.

F. Brandenberg (Winterthur), Skarlatina und v. Pirquet-Reaktion. (Ebenda.)

L. G., 2 Jahre alt, besucht die Sprechstunde am 22. März 1909. In der Familie keine Tuberkulose, im anstoßenden Zimmer wird ein schwer kranker Phthisiker verpflegt. Von 4 Wochen angeblich leichte Pleuritis, vorher immer gesund, seither jedoch Appetitlosigkeit, große Blässe, weinerliche Stimmung. Lungenbefund l. v. o. verschärftes Inspirium, keine Dämpfung, keine Ronchi. v. Pirquet-Impfung mit 25% Alttuberkulin: keine Reaktion, bei der Vorstellung: Skarlatina-Exanthem über dem ganzen Körper. 11. Mai hat Scharlach mit starker Abschuppung durchgemacht, guter Verlauf, kein Eiweiß im Urin. 22. Mai zweite Impfung mit 25% Tuberkulinlösung, Reaktion sehr deutlich. 5. Juni Temperatur abends stets erhöht. 3. Juli Temperatur 37,0—38,8, 20. August Abendtemperatur 37,8—38,8. Ileocöcalgegend druckempfindlich, Leib etwas aufgetrieben, klagt zeitweise über Leibschmerzen, Lungenbefund wie oben.

28. August Befund wie 20. August: beginnende Peritonitis tbc. 17. September Exitus an Miliartuberkulose. Die Diagnose wurde am 10. September im Kinderspital Zürich, wo das Kind vom 31. August bis 12. September in Beobachtung stand, der Mutter mitgeteilt.

Der Fall ergibt, daß die v. Pirquet-Reaktion nicht nur im Inkubationsstadium von Masern, wie schon mehrfach beobachtet, sondern auch im Inkubationsstadium von Skarlatina negativ ausfällt.

Grätzer.

G. Tugendreich, Zur Frage des mikroskopischen Nachweises der Säuglingsazidose. (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 7.) Vor 2 Jahren hat T. in der Berliner medizinischen Gesellschaft histologische Präparate demonstriert, bei denen der mikrochemische Nachweis der Azidose gelungen war. Die Präparate stammten aus den Lebern (in einem Fall aus der Muskulatur) von Säuglingen, die im städtischen Kinderasyl unter dem Bilde der alimentären Intoxikation (Finkelstein) zugrunde gegangen waren, eines Krankheitsbildes, bei dem die Kennzeichen der Azidose im Vordergrund stehen. In diesen Fällen gelang es, nach dem Vorgang von Mosse mittels des Jenner-May-Grünwaldschen Farbgemisches (einer neutralen Eosin-Methylenblaulösung) ein anormales Verhalten des Leber- bzw. Muskelzellenplasmas darzustellen. Während normaliter das Plasma basisch, darum azidophil ist, sich also mit dem sauren Eosin rot färbt, zog es in T.s Fällen den basischen Farbstoff, das Methylenblau an, dokumentierte sich somit als basophil, als „sauer". In diesem färberischen Verhalten des Zellplasmas glaubte T. einen Weg gefunden zu haben, die bisher am Menschen nur chemisch nachweisbare Azidose nunmehr auch anatomisch feststellen zu können.

In der Heidelberger Kinderklinik hat nun Koch diese Befunde nachgeprüft, aber nicht bestätigen können. Seinen Darlegungen kann T. aber keinerlei Beweiskraft zusprechen. Denn seine Fälle entsprechen nicht dem Bilde, das Finkelstein, aus dessen Klinik T.s Fälle stammten, als alimentäre Intoxikation bezeichnet hat. Neun spezifische Kennzeichen der Intoxikation zählt Finkelstein auf: 1. Bewußtseinsstörung; 2. eigenartige Veränderung des Atemtypus; 3. alimentäre Glykosurie; 4. Fieber; 5. Kollaps; 6. Durchfälle; 7. Albuminurie und Zylindrurie; 8. Gewichtssturz; 9. Leukozytose.

Ausdrücklich verlangt Finkelstein als „unerläßlich" die lückenlose Anwesenheit dieser Neunzahl, wenn der Fall als Intoxikation bezeichnet werden soll.

Dieser Forderung entspricht kein einziger der von Koch untersuchten 5 Fälle.

Grätzer.

H. Nothmann, Über die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter. (Aus der akademischen Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 9.) Was die Beurteilung der bisher vorliegenden Resultate erschwert, ist die Verschiedenheit der Methode, welche zur Erkrankung der Tuberkulose angewandt wurde. Wie aus früheren Beobachtungen und Darlegungen, die ad hoc angestellt worden sind, hervorgeht, ergeben sich recht beträchtliche Differenzen, je nachdem man eine der verschiedenen „lokalen"

(kutane, perkutane oder Ophthalmoreaktion) oder gar die Allgemein- und „Stich“reaktion anwendet. Besonders machen sich diese Fehlerquellen bemerkbar in dem Alter, wo bereits die inaktive Tuberkulose eine beträchtliche Rolle spielt, d. h. vom schulpflichtigen Alter an.

Was die Bezeichnungen für die verschiedenen Reaktionen anbetrifft, so schlägt neuerdings Schlossmann (Handbuch) folgende Nomenklatur zur einheitlichen Benutzung vor:

1. Stichreaktion: Rötung und Schwellung an der Stelle, an der die Nadel der Injektionsspritze durch die Haut gedrungen ist.

2. Depotreaktion (auch Subkutanreaktion): Rötung und Schwellung der Haut an der Stelle, an der die Spitze der Nadel, wenn man sie unter der Haut weiter fortgeführt hat, die tuberkulinhaltige Flüssigkeit in das subkutane Gewebe gebracht hat. Diese letztere Reaktion ist früher fälschlich als Stichreaktion bezeichnet worden.

Von verschiedenen Seiten liegen nun für verschiedene Städte mit wechselnder Methodik gewonnene Resultate über die Häufigkeit der Tuberkulose vor. An den Kindern der Wiener Poliklinik wurden folgende Zahlen erhoben:

v. Pirquet:

1. Lebensjahr	7 %
1.— 2. „	24 „
2.— 4. „	37 „
4.— 6. „	53 „
6.—10. „	57 „
10.—14. „	68 „
14. „	90 „
Durchschnitt	55 %

Hamburger:

2. Lebensjahr	9 %
3.— 4. „	27 „
5.— 6. „	51 „
7.—10. „	71 „
11.—14. „	94 „
Durchschnitt	64 %

Die Differenz in diesen beiden Zahlenreihen, die an dem gleichen Material gewonnen wurden, erklärt sich aus der Verschiedenheit der Reaktion, mit der gearbeitet wurde. Pirquet arbeitete mit seiner Kutanreaktion, Hamburger mit der sogenannten Stichreaktion (richtiger also Depotreaktion). Die Differenzen treten besonders im Alter jenseits von 6 Jahren hervor, d. h. da, wo die inaktiven Tuberkulosen an Zahl zunehmen, und zwar deswegen, weil die Pirquetsche Kutanreaktion bei inaktiven Tuberkulosen öfter im Stich läßt als bei aktiven.

Wenn man die Reaktion aber im ganzen betrachtet, ergibt sich eine ansteigende Tuberkulosehäufigkeit, die im Pubertätsalter fast die Höhe von 100 % erreicht.

Für München fand Moro an Kindern der Klinik und Poliklinik folgende Zahlen mit seiner Salbenreaktion:

1. Lebensjahr	10 %
1.— 2. „	26 „
2.— 4. „	35 „
4.— 6. „	41 „
6.—10. „	40 „
10.—14. „	60 „
Durchschnitt	52 %

Obgleich unter diesem Material, das dem Krankenhause oder der Poliklinik entstammte, sicher eine Anzahl Kinder waren, die direkt wegen Tuberkulose den Arzt aufsuchten, finden wir hier eine geringere Morbiditätsziffer als bei den Wiener Kindern. Zum Teil mag das daran liegen, daß in München die Tuberkulose in den Schichten, die die Poliklinik und öffentliche Klinik aufsuchen, tatsächlich geringer ist, zum Teil aber ist die geringere Empfindlichkeit der perkutanen Probe dafür verantwortlich zu machen, die in vergleichenden Untersuchungen von Moro und anderen festgestellt wurde.

In Berlin liegen Untersuchungen von S. Müller vor, die an den Kindern des Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses angestellt wurden. Er fand im

1.	Lebensjahr	9,0 %
1.— 2.	„	21,4 „
2.— 4.	„	30,5 „
4.— 6.	„	36,8 „
6.—10.	„	— „
10.—14.	„	53,7 „

Für Danzig fand Petruschky für die ersten Lebenstage 0 %, für das

1.— 6. Jahr	50 %
7.—14. „	74 „

Endlich seien die Untersuchungen von Engel und Bauer an den Kindern des Düsseldorfer städtischen Pflegehauses erwähnt. Da in diesem Hause Kinder erst vom vollendeten 2. Lebensjahre an aufgenommen werden, fehlen Zahlen für das Säuglingsalter. Als tuberkulös wurde damals ein Kind angesehen, das bei einmaliger Impfung pirquet-positiv war. Ihre Resultate lauten:

3.	und	4.	Jahr	16,5 %
5.	„	6.	„	16,6 „
7.	„	8.	„	30,2 „
9.	„	10.	„	49,0 „
11.	„	12.	„	35,5 „
13.	„	14.	„	53,0 „

Die geringe Beteiligung im 4. und 5. Lebensjahre einerseits, im 11. und 12. andererseits führen die Autoren selbst auf Fehlerquellen zurück, die in der geringen Anzahl untersuchter Kinder in diesem Lebensalter liegen.

Diesen Befunden möchte N. die von ihm an dem gleichen Material 2 Jahre später gewonnenen Resultate anreihen. Die Untersuchungen wurden angestellt, weil die Technik der diagnostischen Tuberkulinproben in der Zwischenzeit Fortschritte gemacht hatte. Bemerken möchte N., daß es naturgemäß nicht ganz die gleichen Kinder waren, aber Kinder der gleichen Herkunft, d. h. aus den sozial am tiefsten stehenden Schichten der Düsseldorfer Bevölkerung. Es folgen die Resultate:

Lebensjahr	Zahl der Fälle	Positiv	Positiv in %
3.— 5.	15	7	47
6.— 7.	25	14	56
8.— 9.	41	29	70,7
10.—11.	54	44	81,5
12.—14.	97	82	84,5
15.—17.	12	12	100

Als Gesamtzahl der Reagierenden ergibt sich somit die Ziffer von 77%.

Die von N. erhobenen Zahlen sind also in allen Lebensaltern höher als die Zahlen von Engel und Bauer. Der Grund hierfür liegt in der Methode, die in N.s Fällen angewendet wurde. Engel und Bauer bezeichneten alle die Kinder als tuberkulös, die bei einmaliger Impfung pirquet-positiv waren.

N. nahm jetzt den Ausfall der Depotreaktion als Maßstab, die angestellt wurde, nachdem die Kinder vorher zweimal der Pirquetschen Kutanimpfung unterzogen waren. Was für Differenzen in der endgültigen Tuberkuloseziffer bei veränderter Methodik aber resultieren, kann man aus folgender Tabelle mit Leichtigkeit erkennen. Es reagierten positiv:

von 263 Kindern bei einmaliger kutaner Impfung 47,1%
„ 263 „ „ zweimaliger „ „ 65,7 „
„ 233 „ „ Depotreaktion 77 „

Auf Grund der angewandten Methodik mußte N. also etwas höhere Zahlen erhalten als Engel und Bauer. Für die Höhe der Durchschnittsziffer kommt außerdem noch in Frage, daß N. auch noch das Alter von 15—17 Jahren mit 100% Reagierender berücksichtigte.

Noch mit größerem Rechte als auf Grund der früher von Engel und Bauer publizierten Zahlen kann man also jetzt auf die Tuberkulosehäufigkeit im Düsseldorfer Proletariat hinweisen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse offenbar in den besser gestellten Kreisen.

Diese Äußerung wird gestützt durch eine Untersuchungsreihe von Schlossmann, der in einer jetzt bald ebenso umfassenden Statistik wie die N.s, bei der es sich aber um Kinder aus der Praxis elegans handelt, nur etwa 5% tuberkulös infiziert fand. Für die praktischen Maßnahmen bei der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit ergeben sich aber aus diesen Tatsachen beachtenswerte Hinweise. Sicherer als Tuberkulose heilen, können wir Tuberkulose verhüten; die Prophylaxe in der Jugend muß mit der größten Aufmerksamkeit gemacht werden. Erkrankte können wir aber um so eher mit Erfolg behandeln, in je früherem Stadium wir dazu in der Lage sind. Darum muß der Arzt der Kinderkrankheit Tuberkulose auch bei den Kindern entgegentreten. Grätzer.

Engel und **A. Frehn,** Der Kaseingehalt der Frauenmilch. (Aus der akadem. Klinik f. Kinderheilk. in Düsseldorf.) (Berliner

klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 10.) 1. Der Kaseinstickstoff beträgt etwa 40—45 % des Gesamtstickstoffs.

2. Der Kaseingehalt liegt im Mittel bei 0,4—0,6 %.

3. Besonders die relativen Kaseinwerte in der Frauenmilch unterliegen selbst bei derselben Person großen Schwankungen, für die sich eine Gesetzmäßigkeit zunächst nicht hat sicher erkennen lassen.

4. Die sonst auf die Zusammensetzung der Frauenmilch erfahrungsgemäß einflußreichen Faktoren, wie Laktationsalter, Individualität, die Phasen der Brustentleerung, Länge der Stillpausen, spielen beim Kaseingehalt keine besonders erkennbare Rolle.

Grätzer.

Machol, Die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Aus der chirurgischen Klinik Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 2 u. 3.) M. legt zunächst die allgemeinen Gesichtspunkte dar und zeigt, daß im Gegensatz zur Kontrakturbeseitigung, die so früh wie möglich einzusetzen hat, alle weiteren Maßnahmen zeitlich erst nach Ablauf langer Fristen überhaupt in Frage kommen.

Verf. geht dann auf die einzelnen Operationsverfahren über. Bei der Arthrodese betont er die Wichtigkeit einer sachgemäßen Nachbehandlung; vor allem soll nicht zu früh das versteifte Gelenk freigegeben werden. Betreffs der Sehnentransplantation heißt es: „Je günstiger das Verhältnis zwischen verbliebenem Vermögen und Verlust, um so günstiger die Aussichten für Ausgleich und Erholung; je funktionsverwandter Kraftspender und Kraftnehmer, um so vollkommener das definitive funktionelle Resultat.“ — „Wenn wir nun die Resultate überblicken, die uns beschieden waren, so ist das Ergebnis der Erfahrung, daß nicht für alle Lähmungen spinalen Charakters die Sehnentransplantation gleich günstige Bedingungen gibt (jetzt unabhängig vom Grade der Lähmung betrachtet). Je günstiger die anatomischen Verhältnisse liegen, je funktionsverwandter große Muskelgruppen, je vikariierender schon unter normalen Verhältnissen ihr Ineinanderspiel, um so aussichtsvoller die Bedingungen der Überpflanzung. Aus diesen Gründen ist die untere Extremität ein wesentlich dankbareres Objekt als die obere. An der oberen wiederum liegen die Verhältnisse am Oberarm, an der unteren am Unterschenkel günstiger. Weiter hat die Erfahrung uns gelehrt, daß wir Operationsresultate nicht mit Dauerresultaten verwechseln dürfen, und nicht zum Nachteile der Methode hat man gelernt, die Indikationsgrenze strikter und exakter zu ziehen. Der übertriebene Enthusiasmus hat sich gelegt, und die nüchterne Kritik hat eine übermäßige Polypragmasie eingeschränkt. Der Wert und die Bedeutung des Verfahrens ist dadurch mit nichten gemindert, sondern erhöht worden. Auf die Indikationen beschränkt, bleibt es die segensreichste Operation.“ — „Aus dieser Statistik der Dauerresultate, bei deren Würdigung man berücksichtigen muß, daß die Operationen aus verschiedenen Zeiten stammen, auch aus Tagen, da die Technik der jungen Operation noch in den Kinderschuhen steckte, ergibt sich, daß die Erfolge aller gerechten Anforderungen vollauf ge-

nügen, daß Mißerfolge weitaus in der Minderzahl. Wenn man ferner bedenkt, daß jederzeit die Erkenntnis sich längst Bahn gebrochen, daß die Sehnentransplantation nicht in allen Fällen, in denen sie vorgenommen, als Verfahren der Wahl zu gelten hat, daß vielmehr die Kombination aller Methoden individualsiert eventuell Platz greifen muß, daß endlich für viele Fälle, bei denen hier noch die Transplantation geschehen, derzeit andere Methoden als überlegen erkannt, dann darf man sich der Einsicht unmöglich verschließen, daß diese Zahlen Heilungsziffern, Heilungsmöglichkeiten der Folgen der spinalen Lähmung darstellen, welche die chirurgisch-orthopädische Waffe im Kampfe gegen die spinale Lähmung als ein ausgezeichnetes Instrument dokumentieren. Die Kombination aller Hilfsmittel ist heute das Verfahren der Wahl. Ihre durch die Erfahrung gelehrte zweckmäßige Reihenfolge läßt uns selbst schwerste Krüppelformen erfolgreich bekämpfen." Grätzer.

L. Seitz, Die Kindersterblichkeit unter der Geburt und ihre Behauptung. (Aus der Univers.-Frauenklinik München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 3.) Bei 5000 Geburten in der Döderleinschen Klinik wurde eine Kindersterblichkeit von 2,28 %, eine Mortalität der Mutter von 0,17 % erzielt. Das bedeutet einen wesentlichen Rückgang der Kindersterblichkeit gegen Statistiken füherer Jahre aus anderen Kliniken, einen Fortschritt, der erreicht worden ist ohne höheren Einsatz von mütterlichem Leben. Werden die in der Münchener Klinik maßgebenden Prinzipien bei den geburtshilflichen Eingriffen konsequent verfolgt werden, so steht noch ein weiterer Rückgang der Kindersterblichkeit zu erwarten. Grätzer.

A. Eber, Die Umwandlung vom Menschen stammender Tuberkelbazillen des Typus humanus in solche des Typus bovinus. (Aus dem Veterinärinstitut in Leipzig.) (Ebenda.) Durch Versuche wurde dargetan, daß es bei geeigneter Versuchsanordnung möglich ist, mit vom Menschen stammendem tuberkulösen Materiale, aus dem Tuberkelbazillen mit den Eigenschaften des Typus humanus zu züchten sind, durch Übertragung auf Rinder Veränderungen hervorzurufen, aus denen Tuberkelbazillen isoliert werden können, die sich bei Weiterimpfung auf Rinder für diese hochgradig virulent erweisen und auch im Kultur- und Kaninchenversuche wie Bazillen des Typus bovinus verhalten.

Als die zweckmäßigste Form der Überimpfung für die Typenumwandlung hat sich bei den Versuchen die Einimpfung in die Bauchhöhle erwiesen.

Das Haften der vom Menschen stammenden Tuberkelbazillen in der Bauchhöhle wird durch Verwendung von Organteilen tuberkulöser Meerschweinchen (insbesondere der mit Bouillon verriebenen Milz) wesentlich erleichtert.

In der mitgeteilten Versuchsreihe ist es gelungen, in 3 von 7 wahllos zur Verfügung gestellten Fällen von Lungentuberkulose des Menschen (Sektionsmaterial) eine Umwandlung des Bazillentypus in dem oben erläuterten Sinne durchzuführen.

Der Ausgang dieser Versuche ist ein weiterer Beweis für die nahe Verwandtschaft der beim Menschen und beim Rinde vorkommenden Tuberkuloseformen.

Grätzer.

Nadoleczny (München), Rachenmandeloperationen und Sprachstörungen. (Ebenda.) Der einzige Sprachfehler, den man durch Adenotomie beseitigen kann, ist die Rhinolalia clausa. Auch hier bleibt der Erfolg nach der Operation manchmal zunächst aus. Er wird aber sicher erreicht durch eine sprachärztliche Behandlung. Bei den anderen Formen von Stammeln und beim Stottern gilt der Satz, daß die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indiziert ist, daß aber, wenn andere Indikationen vorhanden sind, die Sprachstörungen sehr ins Gewicht fallen. In solchen Fällen kann eine sprachärztliche Behandlung erst nach Entfernung der Rachentonsille mit Erfolg einsetzen. Die Sprachstörungen der Schwachsinnigen werden durch die Adenotomie ebensowenig beeinflußt wie deren geistiger Zustand, es sei denn, daß die Hyperplasie der Rachenmandel nachweislich die allbekannten Störungen gemacht hat. Aber auch dann muß man sich mit recht bescheidenen Erfolgen zufrieden geben. Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns ist jene Operation nicht angezeigt, sie führt direkt zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers.

Grätzer.

P. Sittler, Aszites beim Neugeborenen, durch mehrmalige Punktion geheilt. (Aus der Säuglingsabteilung der medizin. Klinik Marburg.) (Ebenda.) Ob die in diesem Falle anzunehmende Zirkulationsstörung im Pfortadergebiet (Aszites mit ödematöser Durchtränkung des unteren Teiles der Bauchwandungen), für die auch der Urobilingehalt des Transsudates sprach, als eine angeborene oder post partum erworbene anzusehen sei, ließ sich nicht sicher nachweisen. Für eine angeborene Mißbildung (Striktur) im Pfortadergebiet sprach der ganze Verlauf und der allmähliche Ausgang in Heilung mit zunehmendem Wachstum des Kindes; gegen eine entzündliche Erkrankung (Thrombose) sprach das ständige Fehlen von Symptomen septischer Natur, das frühzeitige Auftreten des Symptomenkomplexes schon am zweiten Tage nach der Geburt und schließlich die völlige Rückbildung des Caput medusae, das bei einer Obliteration der Pfortader (durch einen Thrombus) bestehen geblieben wäre. Ob eine fötale Peritonitis bestanden hatte, die ausgeheilt war, aber durch peritoneale Stränge den genannten Symptomenkomplex hätte verursachen können, blieb unsicher, erscheint jedoch im Hinblick auf die Heilung des Zustandes nicht wahrscheinlich. Die Annahme einer Leberzirrhose ließ sich ohne weiteres durch den nach Entleerung des Exsudates erhobenen normalen Befund an Leber und Milz von der Hand weisen, ebenso boten der Befund am Kinde und die Familienanamnese keinerlei Anhaltspunkte für eine Lues.

Der Fall bietet, auch wenn eine absolut sichere Diagnose sich nicht präzisieren ließ, schon genügendes Interesse durch den Nachweis, daß auch beim Neugeborenen die Möglichkeit vorliegt, daß die Ausbildung eines die Leber umgehenden Kollateralkreislaufes einen

ausgeprägten Aszites zum Verschwinden zu bringen vermag, besonders wenn die Resorption dieses Aszites durch wiederholte Punktionen unterstützt wird. Grätzer.

Engel, Die (spezifische) Diagnose und Therapie der Kindertuberkulose. (Aus der Akadem. Klinik f. Kinderheilk. zu Düsseldorf.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 10 u. 11.) Betreffs der okkulten Tuberkulose der Kinder ist E. zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Der okkulten Tuberkulose liegt so gut wie ausnahmslos eine Drüsentuberkulose zugrunde.

2. Meistenteils handelt es sich um die bronchialen Knoten, welche allein oder doch vorwiegend befallen sind. Bei sehr sorgfältigem Suchen findet man auch in Fällen von scheinbar ganz isolierter Bronchialdrüsentuberkulose doch noch geringfügige Herde in anderen Drüsen, meist an der Trachea entlang nach oben.

3. Mit zunehmendem Alter schränkt sich der Umfang der Drüsenerkrankung ein, wobei ein besonders starker Sprung am Ende des Säuglingsalters erfolgt.

4. Auffallend häufig ist die Drüsentuberkulose nicht mehr ganz rein, sondern mit anderweitigen meist in der Lunge gelegenen Herden kombiniert.

5. Die okkulten Tuberkulosen sind fast stets noch aktiv, d. h. sie weisen frische Verkäsung und keine oder nur geringe Neigung zur Abkapselung auf.

7. In gleichem Sinne mehren sich die Anzeichen der Inaktivität und der sich anbahnenden Heilung.

8. Vom Ausgange des ersten Lebensjahres bis zum Beginne des schulpflichtigen Alters ist die Miliartuberkulose bzw. die Meningitis tuberculosa die häufigste letale Form der Tuberkulose. Beide gehen aber meist von geringfügigen primären Herden aus, von Drüsen, wie sie man sonst meist als Grundlage der okkulten Tuberkulosen findet.

9. Desgleichen führen akute Drüseneinbrüche in das Lungengewebe selbst (z. B. postmorbillös) oder in den Bronchialraum zu rasch tödlich endenden Lungenerkrankungen.

10. Am Ausgang des Kindesalters findet man schon öfters Formen der okkulten Tuberkulose ähnlich wie beim Erwachsenen, nämlich kleine, eventuell karnifizierende Spitzenherde mit geringer Beteiligung der zugehörigen hilären Drüsen.

Also: Die okkulte Tuberkulose der Kinder ist „latent" meist nur in sehr beschränktem Sinne. Im Stadium der Lymphdrüsenerkrankung ruht die Infektion wohl eine Weile, wird aber in vielen Fällen nicht für immer unschädlich gemacht. Je jünger die Kinder sind, um so größer ist die Aussicht, daß die Krankheit früher oder später, eventuell im Anschluß an einen traumatischen oder infektiösen provokatorischen Reiz weitere Ausdehnung gewinnen wird. Die Träger einer okkulten Tuberkulose im Kindesalter sind als gefährdet zu betrachten und um so mehr, je jünger sie sind.

E. geht dann auf die Diagnose der Kindertuberkulose ein und bespricht die Tuberkulinreaktionen. Bezüglich der physikalischen Diagnostik betont er eine Erscheinung, die sehr häufig den Gegen-

stand irrtümlicher Schlüsse bildet: die perkutorischen und auskultatorischen Phänomene in Bereich der rechten, manchmal auch der linken Lungenspitze. Dämpfung und verlängertes und verschärftes Exspirium sind bei Kindern sehr häufig. Keineswegs entspricht diesem Befunde immer oder auch nur häufig eine Lungenveränderung. Die Phänomene müssen sehr vorsichtig betrachtet und eventuell die Tuberkulindiagnostik zu Hilfe genommen werden. Manche Fälle sind recht kompliziert. So werden dem Arzte Kinder zugeführt, bei denen über mangelnde Entwicklung, Schwächlichkeit, Blässe geklagt wird. Die Untersuchung ergibt Dämpfung der rechten Spitze mit rauhem, verlängertem Exspirium, Pirquetsche Reaktion ist positiv. Es wird Spitzenphthise angenommen, fast nie ist es aber eine. Es handelt sich um Drüsentuberkulose. Echte Spitzenphthisen können allerdings ganz ähnlich in Erscheinung treten.

Sehr wichtig ist manchmal der Bazillennachweis. Ausschlaggebend ist er bei der Meningitis, weil hier die Tuberkulinimpfung zu versagen pflegt, die Injektion aber streng kontraindiziert ist. Bei entsprechender Technik gelingt es fast immer und leicht, Bazillen im Lumbalpunktat nachzuweisen.

Ausgezeichnet zum Nachweis spärlicher Bazillenmengen ist die Antiforminmethode Uhlenhuths.

Was die Therapie anbelangt, so ist die Prophylaxe natürlich ein sehr wichtiger Faktor.

Bei der Behandlung spielt das Klima eine Hauptrolle. Vorzüglich ist der Aufenthalt an der Nordsee; aber die Kinder müssen in Heilstätten behandelt werden, und zwar monatelang. Im Sommer kommt auch das deutsche Mittelgebirge in Frage, im Winter das Engadin und Südtirol.

Daneben ist dringend eine Kur mit Alttuberkulin anzuraten. Eine solche ist im Kindesalter sehr leicht durchzuführen; Kinder passen sich sehr gut dem Mittel an, das den Heilungsprozeß mächtig fördert.

Grätzer.

J. S. Leopold und **J. Rosenstern**, Die Bedeutung der Tuberkulide für die Diagnose der Säuglingstuberkulose. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung. 1910. Nr. 4.) Die Schlußsätze der Arbeit lauten:

In 40% der von uns klinisch beobachteten Säuglingstuberkulosen fanden sich typische papulosquamöse Tuberkulide. In 5 von 12 Fällen bildeten sie das einzige und damit prämonitorische Symptom der Tuberkulose, und in 2 von diesen Fällen gaben sie den Ausschlag bei der Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose. Auch für uns sind jetzt die papulosquamösen Tuberkulide eins der wichtigsten und dabei so außerordentlich einfachen Hilfsmittel zur Erkenntnis der Säuglingstuberkulose geworden.

Grätzer.

Wieland, Der angeborene Weich- oder Lückenschädel. (Virchows Archiv. Bd. 197.) W. bespricht in einer sehr eingehenden Arbeit die Klinik, Morphologie, Histologie, Ätiologie und den klinischen Verlauf des angeborenen Weichschädels. Außerdem wird zum Vergleich genauer auf die physiologische Verknöcherung des Schädel-

daches und auf die rachitischen Veränderungen am Schädel eingegangen. Die aus der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung seines Materials hervorgehenden Folgerungen sind im wesentlichen folgende: Der kongenitale Weich- oder Lückenschädel stellt eine von allen ähnlichen zu trennende eigenartige Affektion dar. Im besonderen hat er mit der Schädelrachitis nichts zu tun. Die Ausbildung des Weichschädels fällt in die Zeit des größten Schädelwachstums (9.—10. Schwangerschaftsmonat). Die Ossifikation vermag mit dem Wachstum der Schädelkapsel nicht Schritt zu halten. Dadurch erklärt sich auch die Lokalisation der weich oder häutig bleibenden Partien auf der Scheitelhöhe. Es lassen sich zwei Formen unterscheiden, der Weichschädel mit durch „Appositionsdefekt“ weich bleibenden Nahträndern und der Lückenschädel, der außerdem Resorptionslücken aufweist. Diese Lücken sind aufzufassen als Usuren infolge pathologisch erhöhten Innendruckes. Beim sogenannten „vorgewölbten Lückenschädel“ (seltene Fälle) kommt noch eine periostale Knochenneubildung hinzu. Es handelt sich also beim Weichschädel nicht um eine Krankheit, sondern um eine Entwicklungsstörung, und als solche ist die Affektion auch durch die regelmäßig in kurzer Zeit erfolgende Rückbildung charakterisiert. Der Weichschädel findet sich in ca. 20 % der Geburten (182 von 976 Kindern). Bauer (Jena).

Fritz Lange, Die orthopädische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Monatsschrift f. die physik.-diät. Heilmethoden in der ärztlichen Praxis. November 1909. Heft 11.) Wie schon die Überschrift anzeigt, tritt der Verf., und zwar auf Grund der Erfahrungen, die er im Laufe von 13 Jahren an einer großen Zahl von Kranken, welche zum Teil auch der Armenpraxis angehörten, gemacht hat, für eine möglichst konservative Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose ein (unter ausgiebiger Verwendung von Gipsverbänden und orthopädischen Apparaten).

Von den 3 Aufgaben, denen sich der Arzt bei jedem Kranken mit Knochen- oder Gelenktuberkulose gegenübergestellt sieht, wird

1. die Disposition zur Tuberkulose am besten durch Freiluftbehandlung, Aufbesserung des Ernährungszustandes, durch Soolbäder und Schmierseifeneinreibungen bekämpft;

2. zur Ausheilung des entzündlichen Prozesses müssen wir das kranke Gelenk — sei es nun durch Gipsverbände, Schienen, Verbände aus Celloidin-Stahldraht oder andere orthopädische Maßregeln — ruhig stellen und entlasten; letzteres ist besonders wichtig, so lange das Röntgenbild eine beträchtliche Verminderung des Kalkgehaltes des Knochens nachweist. Durch diese Behandlung, welche in schweren Fällen jahrelang dauern muß, werden die Schmerzen beseitigt, und schon bestehende Fisteln schließen. Es eignen sich für diese orthopädische Behandlung, welche bei Verf. nur in 5 % seiner Kranken versagte, alle Gelenke in gleichem Maße. Die erreichte Beweglichkeit ist im allgemeinen größer als die nach Resektionen; sie hängt ab von dem Grade der bei Beginn der Behandlung schon vorhandenen Zerstörung. Eine besondere Neigung zu Rezidiven hat Verf. nicht beobachtet, vorausgesetzt, daß die Behandlung konsequent so lange durch-

geführt wird, bis die Schmerzen vollständig verschwunden sind und der Kalksalzgehalt des Knochens im Röntgenbild annähernd normal geworden ist. Jodoformglyzerininjektionen macht Verf. nur bei Gelenkergüssen oder Bildung von Abszessen.

3. Kontrakturen lassen sich nur dann verhüten, wenn bei Beginn der Behandlung die Gelenkenden noch völlig intakt waren; im anderen Falle tritt ein mehr oder weniger großer Ausfall in der Beweglichkeit oder eine Kontraktur ein. Zu deren Beseitigung müssen dann unter Umständen, namentlich bei älteren Kranken, operative Maßnahmen getroffen werden (Redressement, Osteotomie). Zu ihrer Verhütung ist besonders wichtig die konsequente Nachbehandlung mit Bandagen, bei der man nicht den Fehler machen darf, die Apparate zu früh wegzulassen. H. Bauer (Emmendingen).

Richard Stern, Ein passageres Phänomen bei Säuglingshemiplegie. (Aus dem I. öffentl. Kinderkrankeninstitut in Wien.) (Neurol. Zentralblatt. 1910. Nr. 5.) Bei drei hemiplegischen Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr zeigte sich zwar bei ruhiger Rückenlage keine merkliche Differenz in der Haltung der Beine, hingegen beim Weinen und Schreien, während die Extremitäten der gesunden Seite lebhafte Affektbewegungen ausführten, geriet das gelähmte Bein in eine eigentümlich permanent starre Haltung von starker Beugekontraktur und Abduktion in der Hüfte, Auswärtsrollung des Oberschenkels, Beugung des Unterschenkels. In einem Falle geriet auch der gelähmte Arm im Affekt des Weinens in eine ähnliche starre Haltung, „Anbetestellung" Freuds. Nach Abklingen des Affekts nahmen die Extremitäten wieder ihre normale Stellung ein. In dem letzteren Falle beseitigten nach einiger Zeit die Geh- und Stehbewegungen des Kindes, die die Streckstellung des Beines notwendig machten, allmählich das Phänomen. — Für die Hemiplegie des jüngsten Lebensalters, vor der Gehfähigkeit des Kindes, ist nach Verf. die Beugekontrakturstellung das Charakteristische. Das beschriebene Phänomen ist als eine Reminiszenz an diese früheste Zeit aufzufassen und beweist bei dem älteren hemiplegischen Kinde, daß die Hemiplegie eben in dieser frühesten Lebenszeit vor der Gehfähigkeit des Kindes aufgetreten ist. Arthur Stern.

Eduard Gottschalk, Der Lupus und seine Behandlung. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1909. Bd. XCV. Heft 2 u. 3.) Die Erfahrungen des Verf.s gehen dahin, vereinzelte disseminierte Maculae oder Tubercula des Lupus, welche keine wesentlichen regressiven Vorgänge zeigen, sogleich mit Finsenbestrahlung zu behandeln. Bei Lupus exfoliativus leite man die Röntgenbehandlung ein bis zur Erythementwicklung, aber auf dem Wege täglicher schwacher Einzelbestrahlungen. Es empfiehlt sich bis zur Erythembildung zu bestrahlen, um die regressive Schrumpfung der Knötchen, welche man an der Epidermisabschuppung erkennt, zu unterstützen. So wird die begonnene natürliche Heilung vieler Knötchen befördert, und die noch übrigbleibenden weichen leicht der Lichtbehandlung. Den Lupus exulcerans soll zunächst eine vorsichtige, nicht stärkere Reaktionen erzeugende Röntgenkur bis zur Heilung der Ulzera bringen, und dann

die Finsentherapie die Knötchen beeinflussen. Beim Lupus hypertrophicus s. humidus kommt ohne stärkere Reaktion die Schrumpfung des hypertrophischen Gewebes zustande, später tritt die Lichtbehandlung ein. Der Lupus verrucosus erfordert verschiedene Röntgenreaktion wieder je nach der Stärke der Infiltration, zum Schlusse wiederum Finsenbehandlung. Eine Kombination mit der Kromayerschen Quarzlampe bewährte sich bei Lupus exfoliativus und Lupus verrucosus in der Art, daß zuerst eine Röntgenvorbehandlung, dann eine Zwischenbehandlung mit der Quarzlampe, zum Beschlusse wie stets die Finsenbestrahlung stattfand. Max Joseph (Berlin).

Fr. Samberger, Über den Befund eines proteolytischen Fermentes in der Crusta lactea infantum. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1910. Bd. 101.) Bei der Crusta lactea infantum befindet sich in den Krusten ein proteolytisches Ferment, welches einigermaßen der Trypsine ähnlich wirkt. Da die Reaktion der Krusten und ihrer Unterlage deutlich alkalisch ist, so wurde eine saure Salbe benutzt, welche das Ferment paralysieren soll. Dazu bewährte sich statt der von Klingmüller empfohlenen Salbenbasis Unguentum cerei 80,0 cum tinct. benzoës 20,0 das Stearin, welches noch saurer ist als das Wachs. Eine 15 % ige Stearinsalbe wurde jede 3—4 Stunden auf die erkrankten Partien mit überraschendem Erfolge eingerieben.

Max Joseph (Berlin).

Komoto, Über angeborene erbliche Hornhauttrübung. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Oktober 1909.) Gibt es erbliche Hornhautleiden? — Das ist die Überschrift, unter der im großen Handbuche der Augenheilkunde die kongenitalen Hornhauterkrankungen behandelt sind, indem von vornherein darauf hingewiesen wird, daß direkt vererbte Erkrankungen der Hornhaut nicht bekannt seien. Es ist ja eine alte Frage, ob die angeborenen Trübungen als Hemmungsbildungen oder als Residuen fötaler Erkrankungen anzusehen sind. Die meisten Autoren neigten bisher zu der Ansicht, daß die Hornhaut in fötaler Zeit ebenso wie im extrauterinen Leben entzündliche Erkrankungen, wie Keratitis parenchymatosa oder ein Hornhautgeschwür usw., durchmachen und somit die alten Residuen der Entzündung mit ins Leben bringen können. Andere betonen, daß auch Hemmungsmißbildungen eine Rolle spielen, vielleicht eine größere, als man bisher zugeben wollte. Jedenfalls scheint es sicher zu sein, daß direkt vererbte Hornhautkeime vorgekommen sind, die durch Entzündung zu erklären einfach eine Unmöglichkeit oder doch sehr schwierig ist, so daß man einen gewissen Teil von angeborener Hornhauttrübung als Hemmungsbildung zu betrachten wohl berechtigt sein mag.

Verf. berichtet nun in seiner Arbeit des näheren über eine solche Beobachtung: In einer Familie vier Kranke mit angeborener diffuser Hornhauttrübung, die bei allen vollkommen das gleiche Krankheitsbild darbot und eine andere Deutung nicht zuließ. Auch gegen die Diagnose der sogenannten „familiären Hornhauttrübung“ sprach vielerlei.

Jedenfalls berechtigt die Beobachtung, die gewiß zu den großen Seltenheiten gehört, zu der Annahme, daß eine erbliche, nicht ent-

zündliche Hornhauttrübung wenigstens bei einem gewissen Teil der angeborenen Hornhautleiden zu recht bestehen könne.

Sommer (Zittau).

Ohm, Glaukom und Zyklodialyse. (Zentralblatt f. prakt. Augenheilk. Dezember 1909.) Da die Behandlung des Glaukoms bisher noch weit davon entfernt ist, eine ideale zu sein, so wird man alle Maßnahmen, die uns praktisch weiterbringen, nur mit Freuden begrüßen können. Dies gilt insbesondere von dem jeglicher Therapie mehr trotzenden kindlichen Glaukom, dem sogenannten Buphthalmus, und dem Glaucoma simplex.

Verf. berichtet über einige mit gutem Erfolge mittels Zyklodialyse behandelte Fälle. Gegenüber der Iridektomie hat diese Operation neben den großen von Heine betonten Vorzügen nur den einen Nachteil, daß sich einzelne Phasen des Eingriffs dem Auge des Arztes mehr oder minder entziehen und dem Gefühl anheimgegeben sind.

Sommer (Zittau).

P. Esch (Greifswald), Über Eclampsia neonatorum. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 65. Heft 1.) Verf., der schon früher 2 Fälle von Eklampsie bei Mutter und Kind in der Berliner Frauenklinik beobachtet hat, beschreibt hier einen dritten. Er konnte bei einem reifen Kinde einer eklamptischen Erstgebärenden, die in der Greifswalder Klinik durch suprasymphysären Kaiserschnitt entbunden war, ebenfalls „zwei typische eklamptische Anfälle“ im Anschluß an das Anlegen an die Brust am ersten und zweiten Tage nach der Geburt beobachten.

Wegscheider.

S. Weissenberg (Elisabethgrad), Das Wachstum der Hüftbreite nach Alter und Geschlecht. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. Heft 6.) Verf. hat an 2500 südrussischen Juden und Jüdinnen verschiedenen Alters die Hüftbreite gemessen und dabei folgendes gefunden: Bis zum 8. Lebensjahre ist die Hüftbreite bei den Knaben etwas größer als bei den Mädchen, mit 9 Jahren ist sie gleich groß, von da an beim weiblichen Geschlecht immer größer. „Dies ist somit das einzige Maß, dessen absoluter Wert bei der Frau größer ist als beim Manne.“ Die größte Zunahme findet sich in den zwei ersten Lebensjahren, dann sinkt die Zunahme allmählich, um beim Weibe mit 9 Jahren wieder rasch zu steigen. Diese zweite Periode intensiven Wachstums dauert beim (jüdischen) Weibe bis zum 15. Lebensjahre. Dann geht sie bei beiden Geschlechtern ziemlich schnell herunter; im 20. Lebensjahr holt die männliche Hüftbreite die weibliche fast wieder ein. Beim Manne wächst sie dann allmählich weiter fort, bis zum 50. Lebensjahre, während sie beim Weibe um das 25. Lebensjahr herum wieder ein schnelleres Wachstum aufweist, das bis zum 50. Lebensjahr bestehen bleibt. Wohl mit Recht sieht der Verf. im Geschlechtsleben des Weibes den Grund für die Verschiedenheit dieses Wachstums; Schwangerschaft und Geburt, im Matronenalter die Fettablagerung spielen hier eine wichtige Rolle, zum Teil auch die Menstruation.

Wegscheider.

R. Keller (Straßburg), Zwei Fälle von kongenitalem Sakraltumor. (Archiv f. Gynäkologie. Bd. 85. Heft 3.) Anatomische Be-

schreibung zweier Fälle von angeborenem Sakraltumor aus der Straßburger Klinik; der eine, bei einem Fötus von 6 Monaten gefunden, war ein kleines weiches Teratom; der andere bei einem reifen, sonst normalen Kind bildete als fast mannskopfgroße Dermoidzyste ein schweres Geburtshindernis. Beide Tumoren enthielten „stark differenzierte Abkömmlinge aller drei Keimblätter", so daß prinzipiell kein Unterschied zwischen ihnen vorhanden war. (Nähere Beschreibung ersehe man im Original.) Wegscheider.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. v. Reuss, Über alimentäre Saccharosurie bei darmkranken Säuglingen. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 4.) v. R. zeigt, daß es beim kranken Säugling eine alimentäre Saccharosurie gibt, deren Bedeutung sich mit der der Laktosurie ziemlich deckt, eine Form der Zuckerausscheidung, die wegen des negativen Ausfalls der Zuckerproben im aktiven Harn leicht übersehen werden kann. Grätzer.

B. Schick, Exspiratorisches Keuchen als Symptom der Lungendrüsentuberkulose im ersten Lebensjahre. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 5.) Im Jahre 1904 fiel es Variot und Bruder und Guinon bei Säuglingen auf, daß das Charakteristikum der durch Bronchialdrüsen bedingten Atemerschwerung im Säuglingsalter in einem exspiratorischen Phänomen (Cornage exspiratoire) besteht. Bougarel konnte im Jahre 1907 mit drei eigenen Fällen zusammen zehn Beobachtungen veröffentlichen.

Unabhängig von diesen Autoren ist S. das Symptom des exspiratorischen Keuchens als diagnostisch brauchbares und relativ häufiges Symptom der Lungendrüsentuberkulose des ersten Lebensjahres aufgefallen. Seit dem Jahre 1906 hat er die Fälle mit typisch ausgebildetem Symptom gesammelt und verfügt bis nun über 36 Eigenbeobachtungen, die durch Pirquetsche Reaktion (17 Fälle), durch Röntgenuntersuchung (27 Fälle) und zum kleinen Teil auch durch Sektion (13 Fälle) überprüft werden konnten. Bei sieben Fällen fehlt Kontrolle durch Pirquetsche Reaktion, bzw. Röntgenuntersuchung oder Sektion, erstere zum Teil aus äußeren Gründen, weil zur Zeit der ersten Beobachtungen die Pirquetsche Reaktion unbekannt war. Fünf dieser Kinder zeigten aber andere Symptome von manifester Tuberkulose, so daß nur zwei Kinder übrig bleiben, bei denen die tuberkulöse Erkrankung nur aus dem Symptom des exspiratorischen Keuchens neben perkutorischen und auskultatorischen Befunden erschlossen wurde.

Das Symptom ist charakterisiert durch ein in Ruhe des Kindes meist weithin hörbares Keuchen in der ganzen Zeit des Exspiriums. Es klingt am ähnlichsten dem Geräusch bei Asthma bronchiale und kapillärer Bronchitis. Das Exspirium erscheint deutlich verlängert und

angestrengter, das Inspirium ist kaum hörbar; man sieht wohl inspiratorische Einziehungen am Thorax, trotz derselben ist das Inspirium völlig frei. Die Frequenz der Respiration braucht nicht wesentlich vermehrt zu sein. In den mäßig intensiven, manchmal auch in den vorgeschrittenen Fällen, macht das Bestehen des exspiratorischen Keuchens nicht den Eindruck einer das Kind belästigenden Atemerschwerung, nicht einmal das Allgemeinbefinden (Appetit, Lebhaftigkeit des Kindes, Ernährungszustand) ist in jedem Falle beeinträchtigt. So ist wiederholt das laute Keuchen des Kindes der einzige Grund gewesen, warum dasselbe zur Untersuchung gebracht wurde. Objektiv lassen sich dann in einer Reihe von Fällen eines oder mehrere Symptome der Tuberkulose nachweisen; S. muß aber hervorheben, daß oft erst das Symptom des exspiratorischen Keuchens ihn veranlaßt hat, das Augenmerk auf andere tuberkulöse Symptome zu richten und Röntgenuntersuchung und Pirquetsche Impfung vorzunehmen. Die Entwicklung des Symptoms geschieht allmählich, gewöhnlich hört man erzählen, daß Patient einige Wochen zuvor an Husten erkrankte und daß sich bei Fortdauer desselben die meist als unter der Diagnose Bronchitis laufende Erkrankung äußerlich kennzeichnet durch ein immer deutlicher werdendes exspiratorisches Keuchen des Kindes. Die Intensität des Stridors schwankt, nach stärkeren Hustenanfällen oder nach Aufregung pflegt derselbe wesentlich zuzunehmen, ist die Atmung längere Zeit durch vollkommene Ruhe oberflächlich geworden, so nimmt das durch das exspiratorische Keuchen hervorgerufene Geräusch an Lautheit ab, schwindet sogar zeitweise völlig, um aber nach kürzerer oder längerer Pause wieder zu erscheinen. Auch im Schlafe ist es zu hören, beim Liegen sind die Atembeschwerden bald größer, bald kleiner; mehrmals fanden die Mütter, daß die Kinder am wenigsten keuchen, wenn sie ganz gerade ohne Polster liegen. In höheren Graden kann der Stenosencharakter des Symptoms deutlich zum Ausdruck kommen, dann zeigt das Kind Zeichen von Ateminsuffizienz: Nasenflügelatmen, Mitbeteiligung der auxiliären Muskeln beim Atemgeschäfte, der Kopf wird schildkrötenartig im Exspirium nach rückwärts und oben geschoben und im Inspirium wieder an die Ausgangsstelle zurückgebracht. In den höchsten Graden sehen wir Unruhe des Kindes, ängstlichen Gesichtsausdruck, Zyanose, so daß solche Kinder bedrohlichen Eindruck hervorrufen. Es kommt ein Bild zustande, welches gewiß auch andere Kollegen anfänglich zur Diagnose kapilläre Bronchitis oder Asthma verleitete. In Unkenntnis des Zustandes hat S. auch Krupp diagnostiziert und solche Kinder natürlich ohne Erfolg intubiert.

Ist das exspiratorische Keuchen einmal aufgetreten, so verschwindet es nicht so bald, unter dem Einflusse der dauernd erschwerten Exspiration kommt es zur Lungenblähung (Volumen pulmonum auctum), zu Tiefstand der unteren Lungengrenzen und Schachtelton über den geblähten Lungenpartien und bei längerem Bestande derselben zur dauernden Erweiterung namentlich der oberen Thoraxhälfte. Die auskultatorischen Phänomene sind, falls nicht destruktive Prozesse vorliegen, gering, die Lautheit des exspiratorischen

Keuchens erschwert den Nachweis leichter auskultatorischer Veränderungen.

Das exspiratorische Keuchen beginnt frühestens im zweiten Lebensmonate. 20 Kinder zeigten den Beginn des Symptoms im Alter von 2—4 Monaten, 15 Kinder standen im Alter von 4 bis 10 Monaten. Es bleiben noch andere fünf Kinder im Alter von 1 Jahr bis $4^1/_2$ Jahren zurück, bei denen das Symptom des exspiratorischen Keuchens beobachtet werden konnte. Alle diese Kinder waren wohl tuberkulös, das Symptom war aber in zwei Fällen durch Pneumothorax, in zwei weiteren Fällen durch Kompression der Luftwege, durch Senkungsabszesse, ausgehend von der Wirbelsäule, bedingt, nur ein $2^1/_2$ jähriger Knabe zeigte bei der Obduktion Kompressionserscheinungen an beiden Hauptbronchien durch tuberkulöse Drüsen. Die tuberkulösen Veränderungen waren hier sehr hochgradig.

So wird das exspiratorische Keuchen für die gerade am schwierigsten zu beurteilende Zeit des ersten Lebensjahres zu einem wertvollen und markanten diagnostischen Symptom der Bronchialdrüsentuberkulose. Und da das exspiratorische Keuchen einmal aufgetreten, durch Wochen und Monate bestehen kann — in einem der überlebenden Fälle hielt es fünf Monate an —, erstreckt sich die diagnostische Bedeutung des Symptoms auch noch auf die Anfangsmomente des zweiten Lebensjahres. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres ist das exspiratorische Keuchen wohl auch durch tuberkulöse Veränderungen bedingt, doch ist die anatomische Grundlage des Phänomens nicht mehr einheitlich.

Wenn S. das Symptom des exspiratorischen Keuchens (exspiratorische Dyspnoe in intensiven Fällen) als Zeichen einer tuberkulösen Erkrankung der Lungenlymphdrüsen im ersten Lebensjahre in den Vordergrund gestellt habe, so will er damit keineswegs gesagt haben, daß die übrigen Symptome der Erkrankung weniger Bedeutung haben als dieses. Sowohl die älteren Untersuchungsmethoden, sowie auch das Röntgenverfahren und vor allem die Pirquetsche Reaktion bleiben in ihrer Bedeutung unangetastet, der Vorteil des Symptoms des exspiratorischen Keuchens besteht in der Ausschaltungsmöglichkeit anderer ähnlicher Erkrankungen (Krupp, Asthma und Bronchitis capillaris), die prognostisch anders aufzufassen sind; zweitens darin, daß das exspiratorische Keuchen als ein par distance wahrnehmbares Symptom unsere diagnostischen Erwägungen rasch in das richtige Fahrwasser lenkt, und für die Diagnose der Tuberkulose des Säuglingsalters bedeutet jedes diagnostisch verwertbare neue Symptom einen Fortschritt. Grätzer.

E. Sluka, Über Röntgenbefunde bei tuberkulösen Kindern mit exspiratorischem Keuchen. (Ebenda.) Zusammenfassend kann S. sagen: Alle Kinder des ersten Lebensjahres mit exspiratorischem Keuchen und positiver Pirquetscher Reaktion zeigen im Röntgenbild die charakteristische, durch den Lungenherd und die Drüsenerkrankung bedingte Schattenbildung, so daß diese Trias von Symptomen mit Sicherheit die Diagnose Lungendrüsentuberkulose gestattet.

Dagegen finden sich bei solchen tuberkulösen Kindern, bei denen das exspiratorische Keuchen erst jenseits des ersten Lebensjahres begonnen hat, auch andere röntgenologische Befunde, bedingt durch Senkungsabszesse bei Karies der Wirbelsäule oder durch Pneumothorax.

Grätzer.

B. Sperk, Zur klinischen Bedeutung des Fazialisphänomens im Kindesalter. (Ebenda.) S. resümiert seine Darlegungen wie folgt:

1. Das isolierte Fazialisphänomen ist im Säuglinsalter selten.
2. Das isolierte Fazialisphänomen zeigt einen Anstieg vom 5. Lebensjahr bis zum 14. Es findet sich zumeist bei schwächlichen, erregten, als „nervös" zu bezeichnenden Kindern. Die objektiven Zeichen der Nervosität bestehen in einer Steigerung der Patellarsehnenreflexe, einem Fehlen oder einer Herabsetzung des Korneal- und Rachenreflexes.
3. Die Beziehungen des isolierten Fazialisphänomens sind, wie Thiemich angibt, auch nach meinen Erfahrungen in einer großen Anzahl von Fällen nachweisbar.

Grätzer.

J. Zappert, Brusternährung und tuberkulöse Meningitis. (Wiener mediz. Wochenschrift. 1910. Nr. 5.) Z. hat von 125 in den ersten Lebensjahren an tuberkulöser Meningitis verstorbenen Kindern eruiert, daß darunter 88 Brustkinder und 37 künstlich genährte (70,4 : 29,6 $^0/_0$) waren. Also ein enormes Überwiegen der Brustkinder! Nun hat aber H. Keller gefunden, daß in Wien überhaupt 69,4 $^0/_0$ gestillte und 30,6 $^0/_0$ nicht gestillte Kinder sind, daß also in Wien dieselben Stillverhältnisse überhaupt obwalten, wie sie den obigen Zahlen entsprechen. Diese und andere Erwägungen führen Z. zu dem Schlusse, daß für das Auftreten der tuberkulösen Meningitis im frühen Kindesalter die Art der Ernährung keinerlei Bedeutung besitzt.

Grätzer.

O. Willner, Rheumatismus fibrosus (Type Jaccoud) mit vasomotorisch-trophischen Störungen. (Aus dem Karolinen-Kinderhospital in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 6.) Es handelte sich um einen 8 Tage nach Angina bei einem 8 jährigen Mädchen an den Hand-, Fuß- und kleinen Gelenken akut einsetzenden, unter Fieber schubweise zentripetal fortschreitenden Gelenksprozeß, der bald auch die sonst selten erkrankten Kiefer- und Halswirbelartikulationen befiel. Charakteristisch waren der geringe Erguß, die fibröse Verdickung der Kapsel und des Bandapparates bei großer Schmerzhaftigkeit und stärkster Funktionsstörung. Hochgradige universelle Atrophie der Muskeln und Knochen. Eine universelle sklerosierende Hautveränderung und ein eigenartiges Erythem der Fingerspitzen. Kein Klappenfehler. Im Verlaufe Pleuritis und Erythema multiforme. Salizyl, Thyreoidin, Jod-Quecksilber bis zur Intoxikation erfolglos. Mechano- und Hydrotherapie wegen großer Schmerzen nur kurze Zeit durchführbar.

Grätzer.

A. Tereschkowitsch, Beitrag zur Transplantation der Schilddrüse. (Inaug.-Diss. Basel 1909.) Auf Veranlassung von Wilms hat T. Transplantationen von Schilddrüsengeweben vor-

genommen und dabei speziell sich auch mit Allo- und Heteroplastiken beschäftigt. Die Versuchsanordnungen waren folgende: Subkutan: a) am Halse überhaupt, b) auf der Schilddrüse im speziellen, c) am Abdomen, d) in der Axilla. In Organe: a) Milz, b) Netz, c) Hoden. Alloplastiken: a) von Mensch auf Tier, b) von einer Tierspezies auf die andere; Heteroplastiken: c) von einem Individuum auf ein anderes der gleichen Tierspezies; Autoplastiken: d) auf verschiedene Stellen des gleichen Tieres. Als Spender wurden Menschen, Meerschweinchen, Ratten und Katzen benutzt, als Empfänger Ratten, Hunde und Meerschweinchen. Auf diese Weise wurden 14 Versuche gemacht.

In zutreffender Weise macht T. darauf aufmerksam, daß von den Forschern zu wenig auf die praktische Verwendbarkeit der Transplantationen geachtet worden sei und daß meistens nur Autoplastiken ausgeführt worden seien, die wohl gute Resultate gaben, hingegen bezüglich der praktischen Anwendbarkeit nichts oder nur wenig besagen, da man praktisch nur wenig Gelegenheit habe, Autoplastiken auszuführen.

Alloplastisch hatten die Experimente ein völlig negatives Ergebnis, indem bei 9 Tierversuchen das Implantierte an allen Orten meist schon nach 2 Monaten der Resorption verfallen war. Günstigere Einheilungsresultate ergaben die vier Heteroplastiken, indem von Ratte auf Ratte verpflanzte Stücke regelmäßig einheilten. Die von Enderlen beobachtete Nekrobiose der zentralen Teile konnte ebenfalls regelmäßig konstatiert werden. Als Transplantationsstellen empfiehlt er gut durchblutete und lymphdrüsenreiche Stellen, wie sie Subkutis und Netz darstellen. Die Payrsche Verpflanzung in die Milz hält er technisch für zu schwierig, die Einpflanzung nach Kocher-Sermano in den Knochen nicht für empfehlenswert. Für praktisch allein nutzbringend betrachtet er die Heteroplastiken, besonders wenn man auch auf verwandtschaftliche Beziehung Rücksicht nimmt. Bei seinen Heteroplastiken betrug allerdings die längste Beobachtungsdauer nur 30 Tage, und dieser Zeitraum erscheint für eine definitive Empfehlung zu kurz. Denn sowohl die früheren Heteroplastiken (von Mensch auf Mensch) von Bircher, Payr u. a. haben nie ein immer dauerndes funktionelles Resultat ergeben. Mit der Zeit sind die implantierten Stücke dennoch völlig resorbiert worden. H. Netter (Pforzheim).

R. Laverson, Cysts of the Common bile duct. (American Journal of the Medical Sciences. 1909. Nr. 4.) Ein sonst sehr gesundes, 8jähriges Mädchen tritt in das Hospital in Philadelphia wegen eines chronischen Ikterus mit einem Tumor in abdomine ein. Die Gelbsucht begann ein Jahr zuvor und hat seitdem niemals mehr aufgehört. Seit 8 Monaten ist der Stuhl entfärbt, die Haut der Sitz hartnäckigen Zuckens. 3 Wochen vor dem Eintritt bemerkte die Mutter das Vorhandensein einer Leibesgeschwulst, die übrigens ganz schmerzlos war. Das Kind ist normal entwickelt, ziemlich mager. Haut und sichtbare Schleimhäute tief ikterisch. Die obere Lebergrenze entspricht der vierten Rippe, in der medio-klavikularen Linie; der freie Rand deutlich 1 cm unterhalb des Rippenbogens fühlbar.

Unter diesem Rand ist eine große Masse fühlbar, die hinten in der mittleren Axillarlinie beginnt, um vorn 3 cm unterhalb und links vom Nabel zu endigen (Fig. 1), ist fest anzufühlen, unempfindlich und verkleinert sich bei der Inspiration. Die Aufblasung zeigt, daß das Kolon vom Tumor bedeckt wird; zwischen Leberrand und Tumor dringt der Finger leicht ein. Die falschen Rippen sind in die Höhe und nach außen gedrängt. Im Urin nur Gallenpigment. Fäzes entfärbt.

2 Tage post recept. Operation. Dabei stößt man auf eine straußeneigroße Zyste. Nach vorn von ihr breitet sich das Duodenum aus. Kolon und Appendix sind am unteren Pol adhärent. Man denkt zunächst an einen Hydrops der Gallenblase, doch dieser findet sich gleich zwischen Zyste und unterer Leberfläche leicht dilatiert; man denkt dann an eine Choledochuszyste. Der Tumor wird punktiert, ein Liter einer stark gallig aussehenden Flüssigkeit entleert, der Tumor aus seinen Adhäsionen gelöst und nach Sicherung des Stieles abgetragen. Nach 3 Tagen Exitus.

Die Autopsie zeigte nun, daß der Tumor in der Tat eine Zyste des Ductus choledochus war, von 15 × 8 × 7 cm Größe. Die 2 mm dicke Wand bestand aus Bindegewebe und hatte einen Serosaüberzug. Gallenblase und Ductus hepaticus waren nur wenig dilatiert. Das unter der Zyste liegende Stück des Choledochus war ein gänsekieldicker Strang; der extraparietale, 1 cm lange Teil hatte sein Lumen erhalten, aber in der 2 cm langen, intraparietalen Portion war jede Spur von Lumen verschwunden.

Das Miskroskop zeigte außerdem, daß die Obliteration des Lumen vollständig und keine Spur von Epithel vorhanden war. Ebenso war der Wirsungsche Kanal ganz obliteriert in seinem Endteil. Das Pankreas war stark sklerosiert, die Leber groß, hart, von körniger Oberfläche, tiefgrüner Farbe, wies Veränderungen von peri- und intralobulärer biliärer Zirrhose auf. — Der Darstellung des Einzelfalles folgen Betrachtungen über Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie und Therapie dieser Zysten nach 28, aus der Literatur zusammengetragenen Fällen.

Das Geschlecht findet sich in 19 Fällen notiert, 17 mal handelte es sich um weibliche Personen. Das Alter ist in 22 Fällen angegeben und das jugendliche Alter dominiert: 2 Fälle unter einem Jahr, 7 Fälle zwischen 1 und 10 Jahren, 6 Fälle zwischen 10 und 20 Jahren, 4 Fälle zwischen 20 und 30 Jahren usw.

Die Pathogenese wird von einem Vorgang beherrscht, von der Obliteration des Choledochus, der übrigens sehr verschiedene Ursachen zugrunde liegen können: in 5 Fällen Steinbildung, in 1 Fall ein Papillom, in 2 Fällen ein myxomatöser Polyp, in 2 Fällen eine Pankreaszirrhose, in 1 Fall eine katarrhalische Angiocholitis, in 6 Fällen eine Stenosis orificii, in 5 Fällen eine winkelige Abknickung des Choledochuskanals mit Bildung einer Art Klappe beim Eintritt in die Duodenalwand. Verf. mißt ebenso wie Restowitz dieser letzteren Ursache eine große Bedeutung in der Pathogenese der Retentionszysten zu, indem die winkelige Stellung der extra- und intraparietalen Kanalstrecken zu einer relativen Verlegung des Kanals und zur konsekutiven Distension führt. Die vier schematischen Darstellungen

der verschiedenen Einmündungsarten des Choledochuskanals in das Duodenum lassen die Entstehung von Retentionszysten sehr gut verstehen.

Die Symptomatologie desselben ist sehr unbestimmt: zunächst chronischer Ikterus, dann Bauchgeschwulst, all das bei einem jungen Individuum und weiblichen Geschlechts. Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Von den verschiedenen Eingriffen wird die Cholezystenterostomie empfohlen — bei 4 Operationen dreimal Heilung.

H. Netter (Pforzheim).

A. Netter, Méningcoccémie sans méningite cérebro-spinale; résultats de la sérotherapie dans 68 cas de méningite cérébro-spinale. (Bull. de l'Acad. de méd. 27. Juli 1909.) N. macht Mitteilung von einem 6jährigen Mädchen, dessen Schwester einige Tage zuvor an M. c.-sp. erkrankte und das selbst zwar Fieber, Erythem, Purpura, Mund- und Darmblutungen, Gelenkschmerzen bot, aber ohne Zeichen von Meningitis und ohne Veränderung der Spinalflüssigkeit. Zwei Injektionen von 30 ccm Meningokokkenserum (intraspinal) führten zu sehr raschem Fieberabfall, der bald von völliger Heilung gefolgt war. Die Meningokokkennatur der Infektion ergab sich aus der Agglutinationsreaktion: das Serum der Kranken agglutinierte den Meningokokkus bei $^1/_{400}$. Es gibt danach eine Meningokokkämie ohne Meningitis, wie es eine Pest ohne Bubonen, einen Milzbrand ohne Pustula maligna gibt. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes führt zur genauen Diagnosenstellung.

Wir erfahren bei dieser Gelegenheit, daß die Zahl der mit Serum behandelten Fälle gegenwärtig 68 beträgt mit 16 Todesfällen, von denen 8 schon moribund eingelieferte oder an anderer Krankheit verstorbene betreffen, so daß sich eine Gesamtmortalität von 23,5% und eine reduzierte Mortalität von 13,3% ergibt. H. Netter (Pforzheim).

Menetrier und **Mallet,** Pneumococcie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de treize mois. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 23. Juli 1909.) Das Kind kam wegen einer wahrscheinlich diphtherischen Halsaffektion in das Hospital. Auf der hinteren Rachenwand befand sich ein weißrahmiger, eitriger Belag, unter dem die Schleimhaut exulzeriert und blutend erschien. Die bakteriologische Untersuchung dieses Exsudates zeigte zunächst das Fehlen von Löffler-Bazillen und die Pneumokokkennatur der Infektion. Das Kind erlag schnell einer Lungenkomplikation. Die histologische Untersuchung der Pharynxulzerationen zeigte nicht nur die Zerstörung der Schleimhaut, sondern auch eines Teiles der Muscularis.

Der Fall bildet ein seltenes Beispiel einer anormalen Form von Pneumokokkeninfektion, deren Diagnose bei einem so jungen Kind besonders schwierig ist. H. Netter (Pforzheim).

Roure, Corps étrangers du ventricule de Morgagne, Trachéotomie, Trachéoscopie supérieure, Thyreotomie. (Bull. de la Soc. médico-chirurg. de la Drôme et de l'Ardèche. Nov. 1909.) 9jähriges Kind. Asphyxie seit 2 Tagen ohne erkennbare Ursache. Tiefe Tracheotomie, Rückkehr der Atmung. Die indirekte Laryngoskopie zeigt weder einen Fremdkörper, weder Papillome noch Larynxödem. Entfernung der Kanüle führt wieder zur Asphyxie. Die obere

Tracheoskopie in Rückenlage gelingt zwar, hat aber kein Ergebnis. Thyrotomie, unter Kokainanästhesie Extraktion eines im rechten Ventriculus Morgagni fest eingeklemmten Kirschkernes. Naht des Schildknorpels, Entfernung der Kanüle am folgenden Tag. Heilung.

H. Netter (Pforzheim).

Victor Veau et **Eugène Olivier** (Paris), Chirurgie du thymus. (Archives de méd. des enfants. Novembre 1909.) Die Verff. beschreiben drei Fälle eigener Beobachtung, in welchen sie wegen suffokatorischer Symptome die Exstirpation der Thymus vorgenommen haben, und fügen denselben noch 15 Fälle aus der Literatur hinzu. Es ist aus denselben zu schließen, daß man der betreffenden Krankheit auf chirurgischem Wege mit Erfolg beikommen kann, und daß auf diese Weise dem plötzlichen Tode oder sonstigen schweren Erscheinungen durch Thymushypertrophie vorzubeugen ist.

In diagnostischer Beziehung sind die fortgesetzte Dyspnöe, suffokatorische Anfälle, Stridor und eine gewisse Form von trockenem Ekzem, welche auf die Beeinflussung durch die hypertrophische Drüse zurückzuführen ist, bemerkenswert.

Unter den physischen Zeichen ist das Fühlen eines rundlichen Tumors hinter dem Manubrium sterni hervorzuheben. Derselbe ist oft auch während des Hustens und beim Exspirium zu sehen. Die radiographische Untersuchung gibt nur in seltenen Fällen sichere Resultate und ist auch bei kleinen Kindern schwer vorzunehmen.

Ein weiteres Zeichen ist durch die Intubation gegeben, und zwar in dem Sinne, daß, wenn in Fällen von Dyspnöe dieselbe nur durch eine lange Röhre gemildert werden kann, anzunehmen ist, daß es sich um eine Vergrößerung der Thymus handelt. Doch soll man dieses diagnostische Mittel, namentlich bei Säuglingen, nur in Fällen von absoluter Notwendigkeit anwenden.

Die chirurgische Behandlung der Thymushypertrophie besteht in der subtotalen subkapsulären Thymektomie. Dieselbe wird unter Chloroformanästhesie vorgenommen, und es haben die Erfahrungen der Verff. gezeigt, daß die diesbezüglich ausgesprochenen Befürchtungen einiger Autoren unbegründet sind. Es wird ein vertikaler, 3—5 cm langer Hautschnitt gemacht, welcher über dem oberen Rande des Manubrium sterni beginnt und $1^1/_2$ cm über dem Knochen verläuft. Nach Durchtrennung der Haut und des Unterhautzellgewebes kommt man auf die oberflächliche Halsaponeurose, dann auf die Musculi sterno-thyreoidei, hinter welchen man ein dichtes, aber wenig resistentes Zellgewebe findet, in welchem die Thymusdrüse, namentlich während der Exspiration deutlich zu sehen ist. Nach Fixierung derselben wird die Kapsel eingeschnitten, zuerst der linke und dann der rechte Lappen enukleiert und schließlich die Höhle durch Katgutnähte geschlossen. Man kann von dem einen Thymuslappen nur die Hälfte enukleieren und die andere zurücklassen, falls man keine totale Exstirpation vornehmen will, obwohl die Verff. dies ohne jeden Nachteil getan haben.

E. Toff (Braila).

Edmond Weill (Lyon), Emploi de linges stériles chez le nourrisson. (Archives de méd. des enf. Avril 1910.) Der Verf. konnte in seiner Kinderbewahranstalt durch Benützung nur steriler

Wäsche, Windeln usw. in prophylaktischer und kurativer Hinsicht sehr gute Erfolge bei verschiedenen Hautkrankheiten externen Ursprunges, wie Erytheme verschiedenster Art, pustulöse und ulzerative Eruptionen der Haut verschiedener Körperteile, namentlich der behaarten Kopfhaut, des Gesäßes, der Schenkel, und endlich bei multiplen Abszessen der Haut erzielen. Es zeigte sich, daß einfach gewaschene Wäsche bei weitem nicht dieselben Resultate ergab wie sterilisierte, daß mit letzterer sogar viel bessere Erfolge erzielt werden konnten, wie mit dem antiseptischen Verfahren.

Kinder die schon verschiedene Hauteruptionen bei ihrem Eintritte in der Anstalt darboten, heilten viel schneller bei Anwendung sterilisierter Wäschestücke aus, als dies sonst der Fall war. Selbstverständlich kann nicht angenommen werden, daß die sterile Wäsche eine direkte kurative Wirkung ausübt, doch kann nicht bestritten werden, daß unter ihrem Einflusse Erytheme, Papeln, Abszesse usw. leichter heilen und keiner weiteren Reinfektion ausgesetzt sind, als sonst, wo derartige Hautkrankheiten sich ins Unendliche fortspinnen. Furunkel und Abszesse müssen selbstverständlich chirurgisch behandelt werden, aber von dem Augenblicke ihrer Eröffnung ist die Heilung eine rapide. Im allgemeinen muß die Haut des Neugeborenen einer offenen Wunde gleichgehalten und sollen daher alle Maßregeln ergriffen werden um dieselbe vor Infektionen zu hüten. Nur auf diese Weise kann es zu einer Festigung derselben in physiologischer und anatomischer Beziehung kommen.

Statistische Daten zeigen, daß die Anwendung steriler Kinderwäsche eine Verminderung der sonstigen Morbidität und allgemeinen Mortalität in der betreffenden Anstalt nach sich ziehen kann.

E. Toff (Braila).

A.-B. Marfan (Paris), Rachitisme et tuberkulose. (La presse médicale. 1910. Nr. 16.) Der Beginn des rachitischen Prozesses scheint eine übermäßige Tätigkeit der Zellen im Knochenmarke zu sein, wodurch es dann im weiteren Verlaufe zu Störungen in der Ossifikation und Verkalkung der Knochen kommt. Diese Anfangsreaktion des Knochenmarkes zeigt verschiedene Charaktere, durch welche dieselbe Ähnlichkeit mit derjenigen hat, welche im Verlaufe von Infektionen, schweren Vergiftungen und auch nach reichlichen Blutverlusten zu beobachten ist. Man kann sich daher die Frage vorlegen, ob in der Ätiologie der Rachitis derartige Momente nicht ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle spielen. Meist findet man dyspeptische Intoxikationen und solche, welche auf eine lange andauernde oder sich oft wiederholende Gastroenteritis zurückzuführen sind. Auch andere Infektionen und Intoxikationen des Kindesalters spielen in dieser Beziehung eine wichtige Rolle, wie: Bronchopneumonie, Keuchhusten, lange andauernde, eiternde Ekzeme. Ferner muß der hereditären Lues in der Ätiolgie der Rachitis ein hervorragender Platz eingeräumt werden.

Ein sehr auffallender Umstand ist aber der, daß sehr oft in Fällen von Rachitis der eine oder andere von den Eltern, oder beide zusammen tuberkulös sind. Es gibt derartige Kinder, welche, ohne selbst tuberkulös zu sein, trotzdem eine positive Kutanreaktion auf-

weisen. Man kann, nach den gemachten statistischen Untersuchungen sagen, daß 25 % aller Rachitisfälle einen tuberkulösen Ursprung haben. Wenn kein größerer Prozentsatz gefunden wird, so ist dies darauf zurückzuführen, daß die Tuberkulose bei Kindern in den ersten zwei Lebensjahren, wenn die Rachitis am häufigsten auftritt, relativ selten ist und jedenfalls, als ätiologisches Moment, gegenüber den anderen Toxininfektionen dieses Lebensabschnittes zurücktritt. Ein Beweis dafür ist auch der Umstand, daß die tuberkulöse Rachitis nicht frühzeitig auftritt, wie die, welche sich aus anderen Ursachen entwickelt, sondern erst am Ende des ersten Jahres, oder im Verlaufe des zweiten, wenn die bazilläre Infektion Zeit gehabt hat sich zu entwickeln.

Das Feststellen einer bestehenden Rachitis ist also klinisch nicht genügend, und man muß in jedem Falle auch den Ursachen der Krankheit nachforschen, welche toxi-infektiösen Ursprunges sind.

E. Toff (Braila).

G. Finizio, Über die Fettverdauung im Säuglingsmagen. (Pediatria. 1910. Nr. 1.) Glyzerinextrakte der Magenschleimhaut von Säuglingen haben ein ziemlich beträchtliches Fettspaltungsvermögen gegenüber den Fetten des Eigelbs, der Frauen- und Kuhmilch, indem sie 22—37 % der Fette spalten. Entnimmt man beim gesunden Säugling den Mageninhalt eine Stunde nach Verabreichung von Frauen- oder Kuhmilch, so findet man im Mittel 5—6 %, nach 2—3 Stunden bis 10 % gespalten; zwischen roher und sterilisierter Milch besteht hier kein Unterschied. Bei verdauungskranken Säuglingen erreicht die Fettspaltung höhere Werte, in schwereren Fällen nicht beträchtliche.

M. Kaufmann.

R. Simonini, Leberangiom bei einem ikterischen Neugeborenen. (Pediatria. 1910. Nr. 1.) Verf. beschreibt den Befund einer diffusen Teleangiektasie des rechten Leberlappens in Verbindung mit einem Ikterus, der aber das typische Bild des gewöhnlichen hämolytischen Icterus neonatorum zeigte und nach Überzeugung des Verf.s mit dem Angiom nichts zu tun hatte.

M. Kaufmann.

P. Sorgente, Weitere Beobachtungen über die Sepsis des Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen nervösen Erkrankungen des Kindesalters. (Pediatria. 1910. Nr. 2—3.) Die Beobachtungen des Verf.s erstrecken sich auf 2 Fälle von chronischem Hydrozephalus, 4 von Epilepsie, 7 von weniger klaren Affektionen, von denen 5 an chronisch-meningitische Prozesse, 2 an Residuen von Polienzephalitis denken ließen. Er kommt zu dem Schlusse, daß es bei verschiedenen nervösen Zuständen des Kindesalters eine Sepsis des Liquor gibt, indem man bei der Lumbalpunktion einen keimhaltigen, wenn auch leukozytenfreien Liquor erhält. Die Menge der Keime schwankt sehr; bald sind sie so zahlreich, daß sie direkt mikroskopisch nachweisbar sind, bald sind sie so spärlich, daß das Kulturverfahren auf festen Nährböden (Agar, Glyzerinagar, Blutagar usw.) nötig ist. Es ist anzunehmen, daß sie kein zufälliger Befund, sondern von ätiologischer und pathogenetischer Bedeutung sind. Die Lumbalpunktion hat in allen untersuchten Fällen auch gute Heilresultate gezeitigt.

M. Kaufmann.

Th. Frölich, Experimentelle Untersuchungen über infantilen Skorbut. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1910. Nr. 3.) In diesem Zentralblatt wurden 1908 S. 121 die interessanten experimentellen Untersuchungen referiert, die der Verf. zusammen mit Holst ausgeführt hatte, und wodurch der experimentelle Beweis für die Identität des Skorbuts und der Barlowschen Krankheit geführt wurde. In dieser Abhandlung veröffentlicht jetzt der Verf. Untersuchungen über die bei Meerschweinchen durch einseitige Nahrung teils mit roher, teils mit gekochter und stark erhitzter Milch auftretenden Veränderungen; wie frühere Forscher (Bartenstein, Peiper und Eichloff, Esser) fand der Verf. dabei ein typisches Krankheitsbild bei den Versuchstierchen, nämlich eine außerordentlich starke Knochenzerbrechlichkeit, von multiplen Knochenbrüchen begleitet, nebst einer leichten Degeneration des Knochenmarks; dagegen treten keine primären Blutungen, keine typischen Zahnaffektionen noch die für Skorbut spezifischen Veränderungen des Knochenmarkes auf. Während also die Meerschweinchen durch einseitige Nahrung mit Cerealin, wie Hafer, Korn, Reis, Brot durchaus nicht den vermuteten Mangel an antiskorbutischen Stoffen zu ersetzen vermögen, können sie wie die meisten Kinder durch ihre Verdauungsarbeit den Verlust ausgleichen, den die Milch durch die Erhitzung erleidet. Von speziellem Interesse war es, daß durch gleichzeitige Ernährung mit Hafer und roher Milch die Meerschweinchen normal blieben, weder Skorbut noch Knochenzerbrechlichkeit bekamen, während die mit Hafer und 10 Minuten sterilisierter Milch ernährten Skorbut bekamen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Ljaschenko, Tanokoll bei der Diarrhöe der Säuglinge. (Wratsch. Gaset. 1909. Nr. 49.) Bei den akuten Magendarmkatarrhen, die mit Erbrechen, Leibschmerzen, dünnflüssigen, wässerigen Entleerungen einhergehen, ebenso beim akuten follikulären Dickdarmkatarrh ist das Tanokoll kontraindiziert. Seine Domäne hingegen bilden die subakuten und chronischen Darmkatarrhe, die von übelriechenden Durchfällen begleitet werden, ebenso auch die subakuten und chronischen Fälle von Kolitis. In solchen Fällen ist seine Wirkung eine ausgezeichnete. Ebenso günstig wirkt es bei allen Darmaffektionen, die mit Geschwürsbildung im Darm einherschreiten und die Neigung zu Blutungen haben, so auch bei typhösen Ulzera. Es wird am besten in Pulverform unter Zusatz eines Antiseptikums verordnet. Die Dosis beträgt für Kinder zwischen 6 und 9 Monaten 0,3 pro dosi, für solche bis zu einem Jahr 0,4, zwischen 1 und 2 Jahren 0,5 pro dosi 3 stündlich. Das Paradigma einer diesbezüglichen Verordnung ist etwa folgendes:

Rp. Tanokoll 0,4
Guajacol. carbon. 0,05
Extr. opii 0,001
Sacchari 0,2.

S. 3 stündlich 1 Pulver (für ein 1 jähriges Kind).

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 17. Februar 1910.

Fröschels demonstriert einen 12jährigen Knaben mit **transkortikaler sensorischer Aphasie** wahrscheinlich entstanden nach einer im ersten Lebensjahre überstandenen Meningitis. Patient versteht das gesprochene Wort nicht, sieht und hört gut. Die Behandlung besteht im Vorzeigen von Bildern und Vorsagen der den Bildern entsprechenden Namen. Patient macht bei dieser Therapie rasche Fortschritte.

Hochsinger berichtet, daß es ihm bei zwei Familien gelungen sei, durch Prüfung der Wassermannschen Reaktion den eigentlichen Vater der Kinder zu eruieren. In dem einen Falle gab das Kind positive Wassermannsche Reaktion, Vater und Mutter negative Reaktion, beim zweiten Falle Mutter und Kind positive Reaktion, der Vater negative. In beiden Fällen stellte es sich dann heraus, daß die Mutter mit einem anderen luetisch infizierten Manne geschlechtlich verkehrt hat.

Sperk spricht über **Gerinnung der Frauenmilch.** Im Gegensatz zur Kuhmilch gerinnt die Frauenmilch durch Lab sehr schwer. Einfacher Labzusatz genügt nicht. Sp. fand, daß die Labgerinnung durch Zusatz von leicht dissoziierbaren Kochsalzen $CaCl_2$, Calcium aceticum, Calcium lacticum außerordentlich leicht gelingt auch ohne Säurezusatz, ohne Verdünnung und Tiefkühlung. Wenn man die Milch bei 35° im Vakuum auf ein Drittel eindampft und auf je 20 cm^3 (nicht eingeengte) Frauenmilch 1 cm^3 einer 10%-$CaCl_2$-Lösung und 5 Tropfen Labferment zufügt, so gerinnt die Frauenmilch im Brutschranke binnen einer Stunde.

Das Kasein der Frauenmilch und Kuhmilch verhält sich also bei Anwesenheit gleicher Ca-Mengen gleich. Sp. weist darauf hin, daß die Möglichkeit der Labgerinnung die Herstellung zuckerfreier Frauenmilch erlaubt, die diätetisch verwendet werden kann.

Pribram erwähnt in der Diskussion, daß es ihm und Mayerhofer gelungen ist, das Verfahren zur Konservierung der Frauenmilch durch H_2O_2 dadurch zu verbessern, daß er die Frauenmilch im Vakuum oder durch andere Apparate, die durch rasch durchgetriebene Luft wirken, trocknete. Diese Methode wird sich auch für die Konservierung zuckerfreier Frauenmilch verwenden lassen.

Sitzung vom 3. März 1910.

Zappert demonstriert zwei Fälle von **Pseudobulbärparalyse.** Der erste Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, das vor 6 Jahren mit Lähmung des rechten Armes erkrankte, die sich später besserte. Einige Zeit später trat Parese des linken Armes auf. Die Sprache verschlechterte sich zusehends. Patientin ermüdet leicht beim Sprechen. Bei normaler Intelligenz ergibt sich neben der Sprachstörung spastische Parese beider oberen Extremitäten mit schwacher Athetose. Die Patellarreflexe sind gesteigert.

Im zweiten Falle sind schon schwere Erscheinungen vorhanden. Bei diesem 19jährigen Mädchen ist die Sprache völlig unverständlich, es bestehen auch schon Schluckstörungen, Zwangslachen und Weinen. Athetotische Bewegungen beider Hände. Der den beiden Fällen zugrunde liegende Krankheitsprozeß ist nicht sicher zu diagnostizieren, er muß supranukleär gelegen sein. Schlesinger bemerkt, daß auch Ponstumoren einen derartigen Symptomenkomplex hervorrufen können.

Sluka zeigt ein 4jähriges Mädchen, das am 6. Tage einer leicht verlaufenden **Meningitis cerebrospinalis** völlige Taubheit zeigte. Patientin schwankt leicht beim Gehen. Es handelt sich um Zerstörung beider Labyrinthe infolge Meningitis.

Stoerk demonstriert das lipämische Blut eines an **Diabetes melitus** gestorbenen 10jährigen Knaben. Das lipämische Blut bewirkte eine eigentümliche Veränderung des Augenhintergrundes, die Gefäße waren weiß und hoben sich scharf vom rosaroten Grunde ab.

Knoepfelmacher berichtet über **Immunisierung gegen Kuhpocken.** Kn. hat schon früher nachgewiesen, daß es gelingt, beim Menschen durch Injektion stark verdünnter Kuhpockenlymphe Vakzineimmunität zu erzeugen. In neuen Versuchen hat Kn. die Frage studiert, ob man auch durch Injektion größerer Mengen durch Erhitzen auf 58° avirulent gemachter Vakzine Immunität erzeugen kann. Die Versuche ergaben, daß dies durch Injektion von 0,5—1 g Kuhpockenvakzine (bei 58° abgetötet) gelingt. Die Immunität ist am 9. Tage nach der Injektion nachweisbar. 5 Kinder erwiesen sich völlig immun, 7 Kinder zeigten Papelbildung im Sinne der „beschleunigten Reaktion". Die Dauer dieser Immunität ist noch nicht bekannt.

Sitzung vom 17. März 1910.

Haase demonstriert ein 11jähriges Mädchen mit **hochgradiger Lendenlordose und epileptiformen Krampfanfällen.** Letztere bestehen seit zwei Monaten. Während der Anfälle Bewußtlosigkeit, Fehlen des Kornealreflexes, nach dem Anfalle Mattigkeit und Schlafsucht. Da nach den Anfällen immer Eiweiß im Harne nachgewiesen werden kann, wirft H. die Frage auf, ob nicht die bestehende Lordose mit der Albuminurie und den dann als urämisch aufzufassenden Krämpfen in Zusammenhang zu bringen sind.

Pollak hält seinen Vortrag über **„Säuglingstuberkulose"** und **„Das Kind im tuberkulösen Milieu".** Vortr. hat sich die Aufgabe gestellt, das Schicksal von 92 tuberkulösen Säuglingen durch 3 Jahre zu verfolgen. Die Erkrankung war 86 mal durch Tuberkulinreaktion, 6 mal durch Obduktion sichergestellt. Das jüngste Kind war 39 Tage alt. Im klinischen Bilde waren am häufigsten die Symptome der Bronchialdrüsentuberkulose (klingender Husten, exspiratorisches Keuchen) vorhanden (46 Fälle). An nächster Stelle kommen die Hauttuberkulide. Der Rest verteilt sich auf Symptome von Infiltrationserscheinungen, von Meningitis tuberculosa. 45 Fälle sind gestorben. Im 2. und 3. Lebensjahre stehen 22 Kinder. Gleich Schick betont Vortr., daß die absolut letale Prognose der Säuglingstuberkulose nicht zu Recht besteht. Die Prognose ist um so schlechter, je früher die Infektion im Säuglingsalter erfolgte und je schwerer die Tuberkulose war, von der die Infektion erfolgte. In der Umgebung ließ sich fast immer offene Tuberkulose nachweisen. Die von schwerer Tuberkulose infizierten Kinder sind alle gestorben. Ernährung (Brust oder Kuhmilch) ließ keinen Einfluß erkennen, dagegen haben gute Pflege, günstigere Verhältnisse Einfluß. Mehrere Monate nach der Infektion kommt es zur Entwicklung des tuberkulösen Habitus (Anämie, Drüsenschwellung usw.).

Bezüglich der Studien über das Kind im tuberkulösen Milieu sind jene Resultate von Interesse, die Vortr. bei Familien mit mehreren Kindern verschiedener Altersstufen erheben konnte, wenn die tuberkulöse Infektion erst beim dritten oder weiteren Kinde durch Erkrankung der Eltern oder Hausgenossen möglich wurde. Die älteren Kinder (über 4 Jahre) erkrankten dann meist nicht mehr an klinisch manifester Tuberkulose, dagegen die Säuglinge sehr häufig. Diese Tatsache spricht für einen gewissen Grad von Immunität, den das ältere Kind der tuberkulösen Infektion gegenüber besitzt. Die tuberkulösen Manifestationen älterer Kinder sind wahrscheinlich Rezidive einer tuberkulösen Erkrankung in den ersten Lebensjahren.

Die Diskussion über den Vortrag wurde vertagt. Schick (Wien).

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

(Nach der Deutsch. med. Wochenschrift.)

Sitzung am 7. Februar 1910.

Vorsitzender: Herr Heubner; Schriftführer: Herr Finkelstein.

Vor der Tagesordnung. 1. Erich Müller: **Fieberbewegungen bei Säuglingen.** Es handelt sich um Kinder, die einem Nahrungswechsel widerstrebten und die deshalb, wie allgemein üblich, durch Hunger und Durst zur Flasche oder zum Trinken an der Brust gezwungen werden sollten. Dabei trat Fieber auf, das

sofort nach Teezufuhr verschwand. Äußere Wärmezufuhr (Wärmflaschen) fand nicht statt. Grippe lag nicht vor. Die Stühle waren gut. Vortr. neigt dazu, das Fieber als eine direkte Folge der Konzentration der Körpersäfte aufzufassen.

2. Baron: **Präparate von Herzen mit fehlender bzw. rudimentärer A. pulmonalis.** Rechte Herzhälfte stärker als linke. Defekt im Kammerseptum. Im ersten Fall entsprangen aus der Aorta ascendens zwei kleine Arteriae pulmonales. Im zweiten Fall noch rudimentäre Pulmonalis vorhanden, beim Austritt aus dem Herzen statt Klappen eine Membran mit kleinem Loch in der Mitte.

Diskussion. Heubner: Eigentlich ist es gerade bei den allerschwersten Fällen der angeborenen Pulmonalstenose oder beim Defekt der Pulmonalarterie das Gewöhnliche, daß man kein Geräusch hört. Die Enge der Pulmonalarterie ist so groß, daß überhaupt Wirbelbewegungen nicht hervorgerufen werden können. Obwohl die demonstrierten Fälle durch den hochgradigen Defekt der Pulmonalis ganz interessant sind, so bieten sie doch das typische Bild, das wir immer sehen: die Kombination des Fehlens der Ventrikelscheidewand mit der Mißbildung an den Arterien. In dem schlimmsten Falle von angeborener Pulmonalstenose, den ich gesehen habe, war gar keine Spur eines Geräusches zu hören. Da haben wir aus dem Symptomenkomplex die Diagnose gemacht. Die Pulmonalstenose war etwa ähnlich gestaltet, wie in dem zweiten vom Vortr. vorgestellten Falle. Das Kind hatte kardiale asthmatische Anfälle, wie ich sie bei den schwersten Herzerkrankungen der Erwachsenen nicht ausgesprochener gesehen habe. Es war ein sechs Monate alter Säugling. Wir haben da etwa drei Wochen hindurch diese Anfälle von typischem kardialen Asthma und Angina pectoris drei- bis viermal am Tage beobachten können, bis das Kind unter großen Qualen zugrunde ging.

3. Bahrdt: **Ernährungsstörung und psychische Erkrankung.** Kind im Alter von einem Jahr drei Monaten. Der Fall war interessant: Erstens wegen der falschen Diagnose der Idiotie, welche die Angehörigen und Ärzte anfänglich stellten. Zweitens war bemerkenswert, wie lange eine Atrophie im Stadium der reinen Bilanzstörung bestand, ohne daß die Reparationsfähigkeit nennenswert erschwert war. (Krankengeschichte.) Das Kind war etwa dreiviertel Jahr lang mit drei Liter Halbmilch überernährt und hatte einen Strabismus, wog ein Jahr lang nicht über 5100 und schien geistig äußerst zurückgeblieben. Es hatte nie gelacht und schrie Tag und Nacht ununterbrochen, so daß es isoliert werden mußte. Unter dem Einfluß der Ernährung (Malzsuppe) schwand der ganze Zustand zauberhaft. Das Kind lachte und spielte und nahm in vier Wochen um 1 kg zu. Namentlich mit Rücksicht auf die erfolgreiche Therapie kann wohl mit Sicherheit ein Zusammenhang zwischen der Ernährungsstörung und den psychischen Erscheinungen angenommen werden. Daß eine Bilanzstörung solange ohne Komplikationen bestehen konnte, beruhte vielleicht darauf, daß das Kind immer sehr verdünnte Nahrung bekam und vielleicht dadurch von akuten Störungen verschont blieb.

Diskussion. Heubner: Es macht mir bei diesem Kinde den Eindruck, als ob Herabgesunkensein der oberen Augenlider vorhanden wäre. — Bahrdt: Das Kind hat jetzt noch eine Schwellung infolge eines Hordeolums behalten. — Heubner: Ich dachte an angeborenen Kernmangel. Es ist also keine Ptosis dauernd vorhanden? — Bahrdt (Schlußwort): Etwas vielleicht, aber keine vollständige. — Heubner: Das würde natürlich auch noch keineswegs für Idiotie sprechen.

4. Finkelstein: **Pustulo-vesikulöser Hautausschlag.** 1 1/2 jähriger Knabe, bei dem die ersten Effloreszenzen auf den vier Monate alten Impfnarben entstanden. Erörterung der Differentialdiagnose zwischen Impetigo contagiosa, Ekzema vaccinatum und Pustulosis vacciniformis.

Tagesordnung. 5. Bahrdt: **Vermehrte Seifenbildung der Basen im Darm des Säuglings.** Nach einleitenden Bemerkungen über die Rolle, welche das Symptom der sogenannten Fettseifenstühle in der Pathogenese des Milchnährschadens spielt, berichtet Vortr. über Untersuchungen aus dem Laboratorium der Kgl. Charité. Es wurden 8—16 tägige Stoffwechseluntersuchungen an Kindern mit Milchnährschaden vorgenommen und dabei die Ausscheidung der hohen Fettsäuren (nach Kumagawa-Suto), Stickstoff, Trockensubstanz, Asche, Kalium, Natrium, Calcium und Magnesium, sowie die Bakterienmenge im Kot, ferner die Ausscheidung der Basen auch im Urin berücksichtigt. (Die Protokolle sind im Jahrbuch für Kinderheilkunde 21, H. 3 veröffentlicht.) Es kam vor allem auf das Aquivalentverhältnis von hohen Fettsäuren und Basen im Stuhl an, da die Frage entschieden werden

sollte, ob die Fettsäuren die Ursachen der Mineralentziehung sind, wie von vielen Autoren angenommen wurde. Es ergab sich, daß selbst die nach Kumagawa-Suto bestimmten gesamten hohen Fettsäuren, d. h. mehr als den Seifenfettsäuren entsprechen, nicht annähernd hinreichen, um die ausgeschiedenen Basen zu binden. Die vermehrte Basenausscheidung durch den Darm ist daher ein aktiver Vorgang, und die vermehrte Seifenausscheidung hat keine ursächliche, sondern nur eine sekundäre symptomatische Bedeutung. Sie wird vom Vortr. hauptsächlich auf eine vermehrte Sekretion und vermehrte Dünndarmperistaltik zurückgeführt. Diese Auffassung würde auch den interessanten Gegensatz in der Basenausscheidung beim Enterokatarrh und beim Seifenstuhl erklären, der nach den Untersuchungen von Schlesinger, Steinitz, Birk, Rothberg, Freund, L. F. Meyer und Vortr. darin besteht, daß bei dünnen Stühlen vorwiegend eine negative Alkalibilanz, bei Seifenstühlen dagegen eine negative Erdalkalibilanz entsteht. Vortr. stellt sich den Vorgang folgendermaßen vor: Bei beiden Stadien der Verdauungsstörung werden die bei der Verdauung überreichlich sezernierten Alkali-(Kalium- und Natrium)-Salze und die bei der Fettverdauung entstehenden Alkaliseifen aus dem Dünndarm durch die beschleunigte Peristaltik rascher und in vermehrter Menge in den Dickdarm befördert. Die dyspeptischen Zustände entstehen, wenn der peristaltische Reiz stärker ist und sich auch auf den Dickdarm erstreckt. Es gelangt mehr Kalium und Natrium in Form von Salzen und Seifen in den Kot. Beim chronischen Seifenstuhl ist der Reiz geringer, die Alkalien bleiben länger im Dickdarm. Hier ist der Ausscheidungsort der Erdalkalien, besonders des Kalkes. Die Alkaliseifen werden daher hier durch Erdalkalien gefällt. (Daneben geschieht wahrscheinlich das Analoge mit den Phosphaten.) Die aus den Seifen freiwerdenden Alkalien und die überschüssigen Alkalisalze finden Zeit zur Resorption, ebenso das Wasser; es entstehen die festen Erdalkaliseifen. In gewissem Sinne ist die Kalkseifenbildung als ein Schutz des Organismus vor den schweren Gefahren des Enterokatarrhs mit seinen Salz- und Wasserverlusten aufzufassen. Zum Schluß betont Vortr. die Wichtigkeit der ersten Veränderungen, d. h. der eigentlichen Verdauungsstörungen für die Pathogenese und Ätiologie der Ernährungsstörungen. Heubner hat von jeher die Bedeutung des Darmes und besonders des Magens als locus primae laesionis betont. Alle bisherigen positiven Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen weisen auf den Magendarmkanal hin (vermehrte Seifenbildung, vermehrte Stickstoffausscheidung, Demineralisation). Ansatz und Resorption standen bisher allzusehr im Vordergrund, Sekretion und Peristaltik wurden nicht genügend berücksichtigt, insbesondere fehlen Untersuchungen, welche Darmabschnitte und welche großen Drüsen an der pathologischen Sekretion bzw. Peristaltik beteiligt sind. Das scheint um so auffallender, als namentlich die Peristaltik doch zu allererst von der krankheiterregenden Schädlichkeit betroffen wird. Die Peristaltik muß einen großen Einfluß auf die Sekretion und Resorption im Magen und Darm haben, während das Umgekehrte viel weniger der Fall zu sein scheint.

Diskussion. Finkelstein: Nach der Meinung Bahrdts ist als Ursache der vermehrten Ausfuhr an Mineralstoffen eine pathologische Sekretion anzunehmen. Redner hat immer mehr daran gedacht, daß das erste, was bei einer Verdauungsstörung im Kindesalter geschädigt wird, die Resorption ist. Auch Heubner und Rubner haben seinerzeit angegeben, daß bei dem atrophischen Kinde, das sie untersucht hatten, nichts weiter verändert war als die Resorption der Nährstoffe. Ich erwähne das besonders deshalb, weil Bahrdt um Schlusse seines Vortrages darauf hinausgekommen ist, daß wir den Störungen der Verdauung ein erhöhtes Maß von Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Soweit unsere eigenen Untersuchungen gehen und soweit ich aus der Literatur ersehen kann, ist im Beginne der Ernährungsstörung an dem, was die Verdauung im engeren Sinne betrifft, nämlich lediglich die im Darm stattfindenden dissimilatorischen Vorgänge — kaum eine Änderung zu erkennen. Die Eiweißverdauung ist intakt, wir haben auch nichts, was etwa auf eine Schwächung der Fettspaltung, der Diastasierung oder Zuckerumwandlung hinweist. Bei Durchfällen allerdings zeigt sich eine Änderung in diesen Verhältnissen; da wird auch Neutralfett entleert, da wird die Stärke nicht genügend saccharifiziert, aber das sind sekundäre Erscheinungen. Man kann sich wohl vorstellen, daß bei der starken Säuerung, die sich zu dieser Zeit im Darme findet, die auf andere Reaktion eingestellten spaltenden Fermente ihre Kraft nicht entfalten können. In dem Moment, wo man die Säure wegnimmt, wird das Fett

wieder gespalten und ebenso wird Zucker und Stärke verarbeitet. Ich habe, wie gesagt, stets gefunden — abgesehen von der Zeit der Durchfälle —, daß die Dissimilation normal funktioniert und daß das, was wir gewöhnlich als Verdauungsstörung der Säuglinge diagnostizieren, erst an dem Punkte einsetzt, wo es sich darum handelt, die in diesem Sinne verdaute Nahrung zur weiteren Verarbeitung im inneren Stoffwechsel aufzunehmen. Das geschieht erst mit der Resorption.

Heubner erwidert auf Finkelsteins Bemerkungen, daß das seinerzeit auf seinen Gesamtstoffwechsel untersuchte atrophische Kind nicht in einer beginnenden Ernährungsstörung, sondern in einer recht hochgradigen sich befand. Es war das, was man damals schlechtweg Atrophie nannte. Es solle dahingestellt bleiben, ob bei Anwendung der Distinktion, die Finkelstein jetzt zwischen den verschiedenen Arten der Atrophie macht, und die durch das klinische Experiment voneinander unterschieden werden können, ein dekomponiertes Kind oder ein chronisch bilanzgestörtes Kind vorgelegen hat. Aber chronisch gestört war das Kind sehr. Dieses Kind hat allerdings schlecht resorbiert. Das betraf aber den Stickstoff aus Mehl. Es wurde als Nahrung eine Abkochung von Kufeckemehl verwendet, und diesen Stickstoff, also Kleber, hat das Kind nur zu 55 % resorbiert. Dagegen betont Redner, daß er im Anfange seiner Tätigkeit hier und auch schon in Leipzig zahlreiche Versuche veranlaßt hat, wonach selbst bei starken Diarrhöen die Stickstoffresorption aus der Milch so gut wie nicht gestört war. Das würde also nicht ganz mit den Ausführungen stimmen, die eben Finkelstein gemacht hat. Sodann macht er noch eine klinische Bemerkung zu dem Vortrage Bahrdts. Wenn es wahr ist, daß mit dem Eintreten des Fettseifenstuhls eine vermehrte Darmsekretion vorhanden ist, so würden wir damit klinisch die Vorstellung zu verbinden haben, daß jetzt eine Überanstrengung des Darms eintritt. Wenn er mehr als notwendig sezerniert, wenn mehr Alkalien ausgeschieden werden als zur Darmverdauung notwendig sind, dann bedeutet das schon ein pathologisches Verhalten, d. h. eine an sich unnötige Mehrleistung des Darms, eine Überanstrengung. Das ist der Punkt, auf den Redner bei aller Erklärung der Ernährungsstörungen immer wieder zurückkommt, auf den auch Finkelstein in seinen Ausführungen immer hingewiesen hat, das Mißverhältnis zwischen der Leistung, die der Darm ausführen soll, und der Kraft, die er zu dieser Ausführung besitzt. Wenn wir in den Fettseifenstühlen — das würde für die Kliniker doch von großer Bedeutung sein — bereits eine Überanstrengung des Darms erkennen dürften, die zunächst noch geleistet wird, die erst später in die Erschöpfung umschlägt, dann sind wir noch viel mehr fundamentiert in unserem Bestreben, dieser Überanstrengung des Darms Einhalt zu gebieten durch die Maßregel, die wir immer in solchen Fällen anwenden, indem wir die Nahrung reduzieren. Das würde ein Stützpunkt sein für unser klinisches Verfahren und gleichzeitig eine Erklärung dafür, daß in vielen Fällen, wo diese Überanstrengung fortgeht, sie oft ohne scheinbar neue Schädigung plötzlich in das Gegenteil, eben in die Unfähigkeit zu weiterer Leistung, übergeht. Und dann haben wir die Störungen, die ja Finkelstein neuerdings eingehend geschildert hat: die herabgesetzte Leistung des Darmepithels oder der ganzen Darmwand zur Vorbereitung der Nahrung für den intermediären Stoffwechsel, die dadurch die Eigenschaft gewinnt, bis zu einem gewissen Grade giftig zu werden. Auch die große Frage der Überernährung würde natürlich dadurch ebenfalls weiter geklärt werden, daß die Überernährung zunächst wenigstens nicht in einer qualitativen Störung des intermediären Stoffwechsels beruht, sondern in einer starken Anstrengung der Verdauungsorgane. Auch die ganz verschiedene Wirkung zu reichlicher Nahrung bei verschiedenen Individuen würde damit gleichzeitig eine Erklärung finden. Es gibt ja gewiß Kinder, deren Verdauungskraft, wenn wir so wollen, einer Überanstrengung mit Leichtigkeit gewachsen ist und die, wenn sie auch überernährt werden, bis zum Ende des Säuglingsalters vielleicht abnorm zunehmen, aber ohne Gefahr bleiben. Dagegen gibt es in der weit überwiegenden Mehrzahl Därme, die nach großen Ansprüchen die an sie durch zu reichliche Zufuhr einer ganz normalen Nahrung gestellt werden — es braucht von keiner zersetzten Nahrung die Rede zu sein —, bald erlahmen, wie es muskelstarke und muskelschwache Individuen gibt, und die deswegen mit größter Vorsicht in der Ernährung behandelt werden müssen.

Langstein bespricht, inwieweit man aus Analysen der Fäzes Rückschlüsse auf die Resorption ziehen könne; bezüglich der N-haltigen Bestandteile sei dies unmöglich. Der Begriff des Seifenstuhles ist nicht einheitlich zu fassen; man

müsse unterscheiden zwischen einem Seifenstuhl, der die Bilanz der Erdalkalien des Kindes bedrohe, und einem solchen, bei dem das Kind tadellos gedeiht. Das kann man dem Stuhl natürlich nicht ohne weiteres ansehen, das kann man nur an dem klinischen Verhalten des Kindes sehen. Mit der neuen Nahrung, die Finkelstein in die Diätetik der Ernährungsstörungen eingeführt hat, mit der Eiweißmilch, erzielt man immer Seifenstühle, und die Kinder gedeihen tadellos. Vorläufig gibt es keine Methode, die uns erlaubte, nicht nur durch den klinischen Aspekt und den Stoffwechselversuch, sondern durch die chemische Analyse des Stuhles zu sagen: dieser Seifenstuhl ist so zusammengesetzt, daß er dem Organismus zuviel Kalk entzieht, und jener ist ein solcher, der vielleicht kleine Beschwerden der Obstipation verursacht, bei dem aber das Kind anstandslos gedeihen kann.

Finkelstein: Das von Heubner und Rubner untersuchte Kind habe ich als damaliger Assistent der Heubnerschen Klinik weiter beobachtet. Es hat sich später bei Malzsuppe gut erholt. Es war also das, was uns heute schon als Bilanzstörung demonstriert wurde: ein schwerer, langdauernder Fall von Ernährungsstörung, der aber das Kind doch nicht derartig geschädigt hat, daß es nicht imstande gewesen wäre, eine besonders zusammengesetzte Nahrung zum Aufbau seiner Körpersubstanz zu verwenden. Wenn ich von verringerter Resorption gesprochen habe, so habe ich, da auch Bahrdt in der Hauptsache nur von den Salzen gesprochen hat, mich ebenfalls nur auf die anorganischen und nicht auf die organischen Nährstoffe beziehen wollen. Es ist mir wohl bekannt, daß die vermehrte N-Ausscheidung durch den Darm nicht auf verminderte Resorption zurückzuführen ist und daß auch die Aufsaugung des Fettes und der Kohlehydrate noch lange eine nahzu normale bleibt, wenn klinisch die Ernährungsstörung schon ohne weiteres feststellbar ist. Was schließlich den Seifenstuhl betrifft, so ist der diagnostisch nach meinen Erfahrungen eigentlich nur insofern zu verwerten, als er uns sagt, daß zurzeit alle Säuren, die im Darm gebildet werden, neutralisiert werden. Das kann vorkommen bei vollkommen normalen Darmverhältnissen, das kann vorkommen, während bereits eine erhebliche Schädigung des Mineralstoffwechsels vorhanden ist und zur Neutralisation der Säure ein ganz erheblicher Mehrverbrauch von Alkalien und Erdalkalien stattfinden muß. Sobald die Reaktion umschlägt, verschwindet auch der Seifenstuhl und statt Erdseifen erscheinen mehr Alkaliverbindungen. Also man kann die glänzendsten Ernährungserfolge bei einem Stuhl haben, der typischer Seifenstuhl ist, und man kann bei demselben Stuhl sehr schlechte Resultate haben. Vorläufig wird eben nur die Mineralstoffbilanz imstande sein, zu zeigen, daß im ersten Falle eine außerordentlich geringe Menge von Alkalien, und bei dem zweiten Falle eine größere Menge mit dem Kote verloren geht, das Gemeinsame beider Fälle ist eben nur das Fehlen der Säuerung im unteren Darm.

Keller: Tatsächlich tritt eine Verminderung der Resorption, soweit es sich um organische Stoffe handelt, erst sehr spät ein, und bei den anorganischen Stoffen darf man wohl nicht von einer Änderung der Resorption sprechen, sondern viel richtiger, wie das auch vom Kollegen Bahrdt geschehen ist, von einer Änderung der Vorgänge im Darm, die nicht mit einer Verminderung oder Verschlechterung der Resorption oder gar einer Schädigung der Darmwand zu tun hat. Auf diesem Gebiete dürften wir auch von Stoffwechseluntersuchungen bei Ernährung mit Eiweißmilch Aufklärungen zu erwarten haben.

Bahrdt (Schlußwort): Finkelstein hat gemeint, daß das Primäre nach unseren bisherigen Forschungen die verminderte Resorption ist. Ich glaube, eine verminderte Resorption kann gar nicht anders entstehen, als daß eben schon vorher eine Schädigung stattfindet, und ich möchte da fragen: welche? Diese erste Störung ist doch das, was wir suchen müssen. Wenn ich sage, wir müssen die erste Störung besonders berücksichtigen, so meine ich allerdings mehr die akute und weniger die chronische. Bei den akuten Störungen kommt in erster Linie eine vermehrte Fettsäurebildung in Betracht. Da ist wieder die Frage: Woher entsteht diese? Hier spielt vielleicht schon die Peristaltik eine Rolle. Dann möchte ich noch bemerken, daß vielleicht die Ernährung mit Eiweißmilch ohne Zusatz von Zucker, die ja nur für kurze Zeit möglich ist, ein ähnlicher Vorgang ist, wie der Schutz des Organismus, von dem ich sprach, d. h. ein Schutz vor allem vor den schweren Alkali- und Wasserverlusten, eventuell auf Kosten des Kalkstoffwechsels.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 4. März 1910.

Hecker: **v. Bollingers Bedeutung für die Pädiatrie.** v. Bollingers Verdienste für die Kinderheilkunde sind wenig bekannt. Über 2 Dutzend seiner Publikationen betrafen pädiatrische Themen. Schon 1874 betonte er die Identität der Skrofulose mit der Tuberkulose. Neben dieser spezifisch tuberkulösen Skrofulose gibt es aber noch eine nicht tuberkulöse Form. — Würdigung der Infektionsgefahr des Kindes durch die Milch perlsüchtiger Kühe. Empfehlung der Sammelmilch und der permanenten Trockenfütterung der Kühe. — Ergründung des Wesens der Kuhpocken. Diese sind keine selbständige Erkrankung, sondern stammen vom schutzpockengeimpften Menschen. Ihre Übertragung auf das Kuheuter erfolgt durch die Hand des Melkers. — Die Hauptursache der Kindersterblichkeit erblickte B. im Nichtstillen. Die Ursache des Nichtstillens liegt zum Teil in der Indolenz, zum Teil im wirklich vorhandenen Unvermögen durch vererbte Inaktivitätsatrophie des milchgebenden Organes. Das Nichtstillen disponiert zum Mammakarzinom. Als stillförderndes Mittel empfahl B. schon 1899 Stillprämien.

Reinach: Mitteilung über den weiteren Verlauf des Falles von echtem **Megacolon congenitum mit Obduktionsbefund.**

Diskussion: Pfaundler.

Ranke: **Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose des Kindes.** Nach Erörterung des Wesens der wichtigsten physikalischen Symptome geht R. auf die klinische Einteilung der Kindertuberkulose nach den verschiedenen Krankheitsbildern über. 1. Kinderphthise in Befund und Prognose völlig analog der Phthise des Erwachsenen. Ohne begleitende Bronchitis. Physikalisch gut diagnostizierbar. Beginn relativ selten in der Spitze. 2. Generalisierte Tuberkulose mit Beteiligung der Lungen. Mit pathognomonischer Bronchitis des ganzen Bronchialbaumes auch bei den weniger akuten Formen. Beginnt außerhalb des Bronchialbaumes in den Lungenlymphdrüsen. 3. Hiluskatarrh: Langdauernde, leichtere Bronchitiden mit oft sehr verdächtigen Spitzensymptomen, verursacht durch leichte Formen der generalisierten Tuberkulose mit Bronchialdrüsenerkrankung. Von der Phthise streng zu unterscheiden. Seine Spitzensymptome sind für die Lungentuberkulose nicht charakteristischer als z. B. eine vergrößerte Zervikaldrüse.

Bezüglich der klinischen Epidemiologie ist zunächst hervorzuheben, daß zwischen der Hauptmortalität an Phthise und der an generalisierter Tuberkulose ein auffallend langes und niedriges Minimum der Tuberkulosesterblichkeit liegt. Diese Erscheinung ist am leichtesten durch die Annahme zu erklären, daß die Phthise eine Nachkrankheit der generalisierten Tuberkulose ist, etwa wie die tertiäre Lues eine solche der primären und sekundären Lues. Sie tritt erst auf, nachdem die leichteren, nicht zum Tode führenden Formen der generalisierten Tuberkulose abgelaufen sind. Diese schaffen eine Allergie mit relativer Immunität, die zur Entstehung der Phthise notwendig ist. Die Phthise entsteht entweder hämatogen nach nicht vollkommener — oder als Superinfektion nach vollkommener Abheilung der generalisierten Tuberkulose. Sie bedarf zu ihrer Entstehung außerdem eines Zwischenfaktors (allgemeine Dekonstitution und speziell die Lunge treffende Schädigungen). Nachweisbare Infektionen spielen bei der generalisierten Tuberkulose eine ausschlaggebende Rolle. Im Gegensatz hierzu fehlen sie bei der Phthise (außer in der Kindheit) sehr häufig. Die Mortalität an generalisierter Kindertuberkulose ist in dem Zeitraum, in dem die Phthisenmortalität um 50% abgenommen hat, noch nicht seltener geworden.

Mit der Bekämpfung der Kindertuberkulose haben sich die Kinderärzte, allgemein gesprochen, noch sehr wenig befaßt. Hauptbedingungen: Isolierung der infektiösen Phthisiker in geeigneten Anstalten, obligatorische Anzeigepflicht der offenen Tuberkulose mit Wohnungsdesinfektion. Weder die Kinderphthise noch die heilbaren Formen der generalisierten Tuberkulose können in der Stadt und in der Familie erfolgreich behandelt werden. Wir bedürfen daher einer größeren Anzahl von Schulsanatorien und Waldschulen mit Jahresbetrieb. Jede Familie, in der eine Kindertuberkulose vorkommt, ist auf den Infektionsträger zu untersuchen

und einer Fürsorgestelle für Lungenkranke zuzuweisen. Um die einer Behandlung bedürftigen Kinder aus der Masse der Infizierten auszulesen, bedarf es neben der positiven Tuberkulinreaktion noch einer ausgesprochenen Erkrankung (leichte Formen: Blässe, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Penzoldtsches Phänomen). Auch beim Kinde überschreitet die normale Temperatur 37,5 in recto nicht. Die genannte Tuberkulose kann viele Monate anhaltend mäßige abendliche Temperatursteigerungen verursachen. In solchen Fällen findet man bei sorgfältiger Messung meist auch 1—3 Tage andauernde Anfälle von höherem Fieber (Ephemera).

Sitzung vom 18. März 1910.

Diskussion zum obigen Vortrag.

Dörnberger befürwortet besonders Isolierung. Waldschulen, Schulsanatorien und gründliche, billige, möglichst wenig umständliche Desinfektion. Er bezweifelt ebenso wie Funkenstein die absolut pathologische Bedeutung von Rektumtemperaturen zwischen 37,5 und 37,8° bei Kindern.

Pfaundler vermißt bei den Ausführungen R.s über den „Hiluskatarrh" den Nachweis, daß es sich um katarrhalische Veränderungen am Hilus handelt, die der Krankheitsname voraussetzt. Bronchial- und Mediastinaldrüsenschwellungen können die dem „Hiluskatarrh" zugeschriebenen physikalischen Zeichen hervorrufen. Solche nicht spezifische Drüsenschwellungen trifft man bei der als lymphatische Diathese bekannten Konstitutionsanomalie. Diese kann in überraschender Weise das Bild einer generalisierten Tuberkulose vortäuschen. Die positiven Kutanproben beweisen natürlich nicht, daß die vorliegenden Krankheitsmanifestationen (verschiedenste Fiebertypen, Blässe, systematische Lymphdrüsenschwellungen, rezidivierende Katarrhe) tuberkulöser Natur sind.

Moro erweitert den Vergleich der Tuberkulose mit der Lues unter Hinweis auf den tuberkulösen Primäraffekt, dem regelmäßig die regionäre Drüsenveränderung folgt (Bubo). Tuberkulide, Knochen- und Gelenksaffektionen könnten im Sinne Hamburgers als dem sekundären Stadium angehörig betrachtet werden. Die Klinik des tuberkulösen Primäraffekts wäre bei systematischer Wiederholung von Kutanreaktionen bei noch nicht infizierten Kindern sogar einem direkten Studium zugänglich. Für die Phthiseogenese als Superinfektion kommt noch ein weiteres Moment in Betracht, d. i. die Reinfektion mit massiven Dosen. Gegen kleine Bazillenmengen, wie sie beim ektogenen Infektionsmodus die Regel sind, ist der tuberkulös infizierte Mensch durch seine Überempfindlichkeit hinreichend geschützt, gegen große Dosen bei der „metastasierenden Autoinfektion" (Römer) hingegen nicht. Hinweis auf den Kochschen Fundamentalversuch.

Uffenheimer bemerkt, daß das Eindringen von Tuberkelbazillen durch den Darm an der Eintrittspforte keinen nachweisbaren Primäraffekt setzt.

Ranke (Schlußwort) befürwortet nochmals die Anzeigepflicht. Die Desinfektion kann in jedem Falle unentgeltlich durch die Fürsorgestelle durchgeführt werden. Körpertemperaturen über 37,5° i. r. sind ebenso wie beim Erwachsenen so auch beim Kinde pathologisch. Die Abtrennung der lymphatischen Diathese von der Skrofulotuberkulose allein auf Grund der Tuberkulinreaktion erscheint ungenügend. Die Tuberkulinreaktionen können (nach R.) zeitweise verschwinden. Untersuchungen über systematische Kutanproben bei noch nicht infizierten Kindern wären in vieler Richtung äußerst wertvoll. Der Streit zwischen aërogener und alimentärer Infektion erledigt sich von selbst, wenn, wie wahrscheinlich, beide Infektionen gleichzeitig auftreten. Nach klinischen Beobachtungen zu schließen, wird das Lymphsystem schon wenige Wochen nach der Infektion meist so allgemein ergriffen, daß man mit der Möglichkeit einer multiplen Infektion rechnen muß.

Klar: Demonstration der Röntgenbefunde eines Falles von **Fibuladefekt mit teilweisem Strahlendefekt und Syndaktylien an den linken Extremitäten eines 2 jährigen Knaben.**

Ibrahim demonstriert ein 3 Monate altes Mädchen mit **chronischem Ikterus infolge angeborener Mißbildung der Gallenwege.**

Sitzung vom 23. April 1910.

Wanner: **Die Otitis media acuta des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des Säuglingsalters.** Die Häufigkeit der Mittelohrentzündungen im Kindesalter erhellt am besten aus der Statistik Preysings, der an Kinderleichen bis zum 3. Lebensjahr in 81% pathologische Verhältnisse gefunden hat. In 92% dieser

Fälle war der Pneumokokkus der Infektionserreger. In einer großen Zahl dürfte es sich um terminale Affekte gehandelt haben, da in diesem Alter so ziemlich jede Allgemeinerkrankung, die zum Tode führt, die Mittelohrräume in Mitleidenschaft zieht. Eine besondere Disposition dazu schafft die große Weite der Tube.

Auf W.s ohrenkrankes Kindermaterial (1777 Fälle) entfielen 343 Säuglinge (19,3 %). Von diesen litten 29,7 % an Otitis externa und 44,9 % an Mittelohrprozessen, der Rest an anderweitigen Ohrprozessen. Besonders beachtenswert ist der große Prozentsatz der Otitis externa im Säuglingsalter, die bei Eiterungsprozessen stets im Auge behalten werden muß. Hinsichtlich der stationär behandelten Säuglinge sind die Resultate an den Münchener Kinderspitälern wesentlich bessere als die durch Hartmann in Berlin ermittelten. 7,3 (Haunersches Kinderspital) — 10,7 % (Giselakinderspital) gegenüber 78 %. Allerdings wurden von W. nur Kinder mit Hinweissymptomen untersucht.

Unter den Symptomen hebt W. besonders das charakteristische Schreien hervor, das stunden- ja tagelang ohne längere Unterbrechung andauern kann. Steigerungen namentlich nachts. Typische Zunahme der Schmerzen bei jeder Bewegung des Kopfes und bei Schluckbewegungen. Bei einseitiger Affektion stellt sich Unruhe ein, wenn die Kinder auf die kranke Seite gelegt werden.

In der Therapie wendet sich W. vor allem gegen den häufigen Mißbrauch der Parazentese. Nur in den seltenen Fällen mit Symptomen starker Sekretverhaltung ist sie indiziert. Bei der Otitis media spl. ac. empfiehlt W. neben Kälteapplikation das Verfahren nach Pollitzer. Bei der Behandlung der eitrigen Formen ist eine möglichst einfache Therapie zu wählen; hierzu eignet sich besser als alle anderen medikamentösen Eingießungen die Bezoldsche Borsäuretherapie. Besonders bei Säuglingen ist von der leider noch immer weit verbreiteten Tampontherapie zu warnen. Komplikationen von seiten des Sinus und Gehirns sind äußerst selten, da der Durchbruch des Eiters leicht am hinteren Ende des Antrums durch die Sut. petroso-squamosa erfolgt, wodurch der sogenannte subperiostale Abszeß entsteht. Der einfache Wildsche Schnitt ist zu verwerfen.

Die Mittelohrentzündungen des Kindesalters konnten wegen vorgeschrittener Zeit nicht mehr besprochen werden.

Diskussion: Nadoleczny, Ibrahim, Hecker, Moro, Rommel, Oppenheimer, Wanner.

III. Therapeutische Notizen.

Isuralstäbchen (der Hofapotheke in Dresden) haben sich Dr. R. Asch (Breslau) bei Urethrovaginitus gonorrhoida infantum bewährt. In die Vagina wird alle 3—4 Tage ein langes Stäbchen eingeführt, in die Urethra täglich ein kurzes, ganz dünnes. (Zentralbl. f. Gynäkologie. 1910. Nr. 12.)

Lezithin-Sanguinal wird von mehreren Autoren als recht glückliche Kombination warm empfohlen. Die Pilul. Sanguinalis c. Lecithin Krewel haben prompte Wirkung geäußert bei Anämie und Chlorose, bei Rekonvaleszenten (z. B. nach Influenza), bei Erschöpfungszuständen, nach Blutverlusten, bei anämischen Luetikern usw. Das Präparat wird als leicht bekömmlich, appetitanregend, die Verdauung regelnd gerühmt.

Galegol hat Prof. Dr. F. Scherer (Prag) als wirksames Galaktagogum kennen gelernt. Dem Laboratorium Dr. Fragner gelang es, die Galega officinalis in kleinen, braunen Granula zu verarbeiten, die sich in Wasser, Milch, Kaffee und Tee leicht lösen und einen angenehmen Geschmack besitzen. Sch. versuchte das Mittel bei 80 Ammen mit Oligogalaktie; bei 54 davon machte sich ein sehr günstiger Einfluß geltend, indem schon nach einigen Tagen die Milchsekretion — manchmal recht auffallend — zunahm und die Kinder ordentlich gediehen. Es wurde 3 mal täglich ein voller Kinderlöffel auf 1/4 l Milch oder Tee von 37° (bei höherer Temperatur leidet das Präparat) gereicht und von den Frauen gut vertragen. (Wiener medizin. Wochenschrift. 1910. Nr. 18.)

Dysphagie-Tabletten (Chem. Fabrik Goedecke & Co. in Berlin) wurden im Städt. Krankenhaus in Baden, wie Dr. Marie Theimert mitteilt, bei Scharlach und Diphtherie angewandt, wobei man beobachtete, daß nicht nur die Schluckbeschwerden günstig beeinflußt wurden, sondern daß auch auf die Belege dieser Einfluß sich geltend machte. — Interessant ist die Mitteilung, daß auch das Erbrechen bei Magenkatarrhen bei Darreichung der Tabletten schwand und daß auch bei Hyperemesis gravidarum dieser Effekt erzielt wurde. Die Kinder erhalten nicht ganze Tabletten, sondern 3—4 mal täglich $^1/_2$ oder $^1/_4$ Stück.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 9.)

Roborin, Calcium haemalbuminatum, das von den deutschen Roborinwerken in Berlin hergestellte Blutpräparat, hat Dr. E. Frey (Berlin) bei Anämien, Skrofulose, Chlorose usw. mit bestem Erfolge angewandt. Zur Illustration eine Krankengeschichte: L. S., 11 Jahre, aus tuberkulöser Familie, Skrofulose, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche, 3 mal täglich 2 Tabletten Roborin à 0,5 g durch 8 Wochen fortgesetzt ergaben bedeutende Besserung, Zunahme des Körpergewichtes infolge der Anregung des Appetites um 9 Pfund, während der Hämoglobingehalt des Blutes um 65 % anstieg. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1910. Nr. 20.)

Der Atmungsschleier. Von Dr. A. Heermann (Kassel). „In dem Behandlungsplan der Tuberkulose, des Asthmas, der chronischen Bronchitis, der Pleuritis, der Perikarditis, der Herzschwäche, der chronischen Nasen- und Halsleiden, der Sprachstörungen, der Sklerose, der Darmträgheit, der Chlorose und der Anämie ist die Atmungsübung ein integrierender Bestandteil geworden. Die richtige Ausführung derselben, namentlich die Betätigung des Zwerchfells, ist aber für den Patienten nicht immer leicht, sondern oft recht ermüdend, gebraucht zunächst, zumal bei Kindern, eine gewisse Zeit zum Erlernen oder erfordert besondere künstliche Hilfsmittel wie Saugmaske, manuelle Unterstützung durch Arzt und Pfleger, Beschwerung des Unterleibes, „Lungenstärker" oder Atmungsstühle. Ich habe deshalb zu dem gleichen Zwecke seit Jahren noch eine andere Methode erprobt, welche mit stets vorhandenem Material ausführbar ist und sich in vielen Fällen gut bewährt hat. Sie besteht einfach darin, daß Nase und Mund mit einem mäßig luftdurchlässigen Tuche, z. B. einem Taschentuche, mit einem dichten Gazestücke oder ähnlichem bedeckt werden. Man kann alsdann die Beobachtung machen, daß sich sofort automatisch ohne irgendwelche Anleitung die Einatmung sowohl wie die Ausatmung erheblich vertieft, und zwar gerade durch die erwünschte Erweiterung der Zwerchfellatmung, und daß diese Atmung ohne Mühe und Anstrengung lange Zeit fortgesetzt werden kann. Wo es auf die Übung nur einer Lungenseite ankommt, wird der Kranke in der üblichen Art auf die gesunde Seite gelagert oder mit dieser gegen eine feste Stütze angestemmt; sonst kann er aber beliebig liegen oder mit dem umgebundenen Tuche sitzen und umhergehen, wobei die Übungsdauer ebenso wie auch bei den sonstigen Methoden zwischen Minuten und mehreren Stunden schwankt. Aber nicht nur bei den oben erwähnten chronischen, sondern auch bei akuten Erkrankungen der oberen Luftwege bewährt sich diese überaus einfache Prozedur. Neben der atmungvertiefenden Wirkung ist hier zugleich die Vorwärmung der Atmungsluft offenbar von Wichtigkeit. Unter dem Tuche vermindern sich die Verstopfung der Nase, der Hustenreiz, die Atembeschwerden und die Kopfschmerzen zuweilen in recht sichtbarem Grade." (Therap. Rundschau. 1910. Nr. 10.)

Einen Beitrag zur Jothion-Therapie liefert Dr. H. Leyden. Er schreibt: „Als besonderer Freund von Jodbehandlung wandte ich eigentlich mehr zufällig 5 %iges Jothion-Glyzerin bei mir selbst und verschiedenen Fällen von Nasenschleimhautkatarrhen mit bestem Erfolge in Form von Pinselungen an. Die subjektiven Beschwerden der Atmungsbeengung sistierten fast momentan unter Auslösung eines wohltätigen Niesreizes, der Krankheitsverlauf war ein kupierter. Auch Nasenschleimhautschwellungen mäßigen Grades von Kindern scheinen durch das Mittel günstig beeinflußt zu werden. In einem Falle von nässendem Hautekzem im Gesicht bei einem 3 jährigen Kinde, vom Dienstmädchen akquiriert und dann auf die Eltern übertragen, brachte Jothion-Glyzerin in der Komposition:

Rp. Jothion (Bayer) 2,5
Alcohol absol. 10,0
Glycerin (wasserfrei) ad 50,0

in wenigen Tagen allen Patienten Heilung." (Therap. Monatshefte. 1910. Nr. 2.)

Fersanpulver und Jodfersanpastillen hat Dr. A. Soucek (Wiener allgem. Poliklinik) mit bestem Erfolge in der Kinderpaxis benutzt. Ersteres, in Dosen von 2—4 Messerspitzen pro die, bewährte sich bei anämischen und chlorotischen Zuständen, Rachitis, Infektionskrankheiten usw., die Jodfersanpillen (jede Pille enthält 0,25 Fersan und 0,02 g Jodkali), von denen 3—4 mal täglich je 2 Stück gegeben wurden, bei Skrofulose, Tuberkulose und Lues. Pulver und Pillen nehmen die Patienten am besten $^1/_4$ Stunde vor dem Essen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift. 1910. Nr. 9.)

Über die Milcheiweißfrage in der Säuglingsernährung haben A. Bickel und H. Roeder Versuche angestellt, über die wir bereits kurz referierten (S. 220). Wir wollen aber noch eingehender über diese bemerkenswerte Arbeit berichten und bringen folgendes Referat von Dr. Seemann (Berlin):

Die Milcheiweißfrage gehört zu den interessantesten in der Säuglingsernährung. Stellen doch die Eiweißkörper der Nahrung die wichtigsten Bausteine namentlich für den wachsenden Organismus dar, die durch keine anderen Stoffe wie Fette und Kohlehydrate ohne Schaden ersetzt werden können, wie die Pathologie des Kindesalters mit seinen mannigfachen Nährschäden dem sorgsam beobachtenden Arzt wohl täglich vor Augen führt.

Die Bedeutung des Eiweißproblems hat Biedert in langjährigen mühevollen Untersuchungen erkannt und als erster auf die große Verschiedenheit zwischen Frauen- und Kuhmilch bei der Labgerinnung aufmerksam gemacht.

Sebelien, ein Schüler Hammarstens, arbeitete weiter auf diesem Gebiete und konnte feststellen, daß in der Milch zwei Eiweißkörper, Kasein und Albumin, vorkommen, und daß der verschiedene Gehalt an Laktalbumin, einem zur Klasse der Albuminen gehörigen Eiweißkörper, wohl als Ursache des differenten Verhaltens beider Milcharten gegen verschiedene Reagenzien anzusprechen sei. In der Frauenmilch nämlich verhält sich Kasein-Albumin etwa wie 1 : 1, während in der Kuhmilch auf 6—9 Teile Kasein nur 1 Teil Albumin kommt. Auf die große Wichtigkeit dieser Tatsache für die Klinik machte Schlossmann aufmerksam und wies mit Recht darauf hin, daß „bei der Ernährung an der Mutterbrust dem Säugling ein nicht unbeträchtlicher Teil des von ihm benötigten Stickstoffes in einer überaus leicht löslichen und resorbierbaren Form einverleibt wird".

Während ein Brustkind (2 $^1/_2$ Monate) bei einer Zufuhr von 900—1000 g Frauenmilch pro die etwa 5,4—6,0 g Albumin bekommt, erhält ein künstlich genährtes Kind in etwa 1000 g $^1/_2$ Milchmischung, die diesem Alter entsprechen würde, nur etwa 1,5 g von Albumin, gerade den Eiweißkörper, welcher die Frauenmilch so außerordentlich bekömmlich und gut ausnutzbar macht.

Angeregt durch die Arbeiten Schlossmanns suchte die chemische Industrie diesen Körper in größerer Menge darzustellen, um so auch bei der künstlichen Ernährung dem Kinde diesen leicht resorbierbaren Eiweißkörper zuzuführen.

Nach mühevollen Arbeiten gelang es in den Laboratorien der Firma Wülfing, diesen Eiweißkörper aus der Kuhmilch zu gewinnen und ihn nach Überführung in das lösliche Eiweißsalz „Albulactin" genannt — Laktalbumin selbst ist unlöslich —, zur Säuglingsernährung geeignet zu machen.

Klinische Untersuchungen dieses Eiweißsalzes, der Kuhmilchmischung in Mengen von 0,5 g der Einzelmahlzeit zugesetzt, ergaben neben einer guten Ausnutzung, die sich in beträchtlicher Gewichtszunahme bei unverändert guter Stuhlbeschaffenheit kundgab, daß der Mageninhalt nicht wie sonst bei der Kuhmilchverdauung grobflockiges Aussehen hatte, sondern dieselbe feinflockige Beschaffenheit aufwies, wie bei Frauenmilchzufuhr (vgl. Arbeit Cassel-Kamnitzer, Arch. f. Kinderheilk. Bd. 49).

In exakterer Weise haben neuerdings Bickel und Roeder gelegentlich der Prüfung verschiedener Eiweißkörper auf die Magenmotilität den Einfluß des „Albulactins" auf die Magenverdauung feststellen können und ihre Beobachtungen in der ersten Nummer der „Berliner klin. Wochenschrift" dieses Jahres niedergelegt.

Sie experimentierten an einem Fistelhunde, der eine permanente Duodenalkanüle trug, welcher ein durch eine Klemme verschließbares Gummirohr aufsaß. Dem Hunde wurden nüchtern die Versuchslösungen (Kuhmilchmischung, Kuhmilchmischung und Albulactin, Frauenmilch), die mit Methylenblau gefärbt waren, um „den Zeitpunkt der ersten Entleerung aus dem Magen und das Durchtreten der letzten Portion zweifelfrei bestimmen zu können", mittels Schlundsonde eingegossen. Alle 2 Minuten wurden 0,5 ccm aus der Kanüle entleert, und man

konnte auf diese Weise exakt den Austritt der ersten und letzten Portion der eingeführten Lösung aus dem Magen ins Duodenum feststellen und hierdurch die Zeit des Ablaufes der Magenverdauung genau registrieren.

Sie fanden nun, daß

100 ccm Kuhmilch passierten den Magen in 79—87 Min.
100 „ „ + 0,5 Albulactin „ „ „ „ 62 „
100 „ Frauenmilch „ „ „ „ 56 „

Aus diesen Zahlen geht deutlich hervor, „daß bei Verwendung einer im übrigen gleichen Kuhmilchmischung aber mit Albulactinzusatz die Entleerung des Magens schneller erfolgt, und zwar in diesem Versuche fast in der gleichen Zeit wie bei dem mit Frauenmilch.“

Außerdem fiel den Verff. auf, daß bei der Fütterung mit Kuhmilch ohne Albulactinzusatz der Mageninhalt grobflockig war, während er bei Albulactinzusatz eine feinflockige Gerinnung analog der Frauenmilch zeigte. Dieser Unterschied in der Verweildauer von Kuhmilch und Frauenmilch im Magen war von einem französischen Autor L. Gaucher bereits gefunden worden, so daß sein Befund durch die Versuche der beiden deutschen Autoren vollauf bestätigt wird. Diese Versuche sind von um so größerer Bedeutung, weil Klinik und Tierversuch sowohl hinsichtlich der Beeinflussung der Gerinnsel als auch des schnelleren Ablaufs der Magenverdauung bei Albulactinzusatz übereinstimmen. Auch die dritte Tatsache der überaus guten Resorbierbarkeit und Assimilationsfähigkeit des Albulaktins, die sich aus den Gewichtstabellen von Cassel und Kamnitzer sowie bei den von Roeder aufgeführten klinischen Fällen ersehen läßt, konnten Bickel und Roeder durch einen Fütterungsversuch bestätigen.

Sie experimentierten an drei Gruppen eines Wurfes von 4 Wochen alten Hunden, von denen die Kontrolltiere (Gruppe C) nur die Milch der Mutter, die Gruppe A außer der Muttermilch noch eine Zulage einer bestimmten Menge Albulactin, die Gruppe B eine Zulage von einer gleichen Menge Kasein erhielten.

Sie beobachteten, daß die Hunde der Gruppe A die größte Gewichtszunahme zeigten, die auch nach Entziehung der Muttermilch und Ersatz derselben durch die artfremde Kuhmilch anhielt und die der Gruppe B (Kaseinzugabe!) bei weitem übertraf, wie die Zahlen der folgenden Tabelle, die wir der Arbeit der oben genannten Autoren entnehmen, deutlich kundtun.

	Gruppe A Albulactin			Gruppe B Kasein			Gruppe C Kontrolltiere	
	1	2	3	1	2	3	1	2
Anfangsgewicht . .	1060	1070	1280	850	1040	1050	1210	1260
Endgewicht	1500	1930	1730	770	1320	1600	1470	2070
Sa. d. Zunahme in %	41	80	32	—	27	50	21	64
Mittlere Zunahme in %	A 51,0			B 38,5			C 42,5	

Nach den bisherigen Beobachtungen haben wir in dem Albulactin

1. einen wertvollen Nährstoff und Energiespender,

2. einen Körper, der auf den Verdauungsprozeß durch Überführung der grobflockigen Gerinnsel der Kuhmilch in eine der Frauenmilch analoge feinflockige Beschaffenheit derart einwirkt, daß die Dauer desselben verkürzt und die motorische Leistung des Magens erheblich erhöht wird.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß das Albulactin besonders in der Ernährung des gesunden Säuglings ein wertvolles Unterstützungsmittel zu werden verspricht, indem es, infolge seiner oben angeführten Eigenschaften, die Belastung des durch die künstliche Nahrung aufs äußerste in Anspruch genommenen kindlichen Darmes beträchtlich herabsetzt.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 1.)



IV. Monats-Chronik.

Ein **Heilpflegeverein für Kinder des Mittelstandes** hat sich gebildet. Er bezweckt, schwächlichen und kränklichen Kindern einen Aufenthalt in dem ärztlich geleiteten Mittelstands-Kinderheim in Kolberg zu mäßigem Preis oder unentgeltlich zu ermöglichen. Spenden an die Geschäftsstelle Werder a. H., Phöbenerstr. 37.

Der **Stiebelpreis**, der bei der Senckenbergschen Stiftung in Frankfurt a. M. für die beste in den letzten vier Jahren auf dem Gebiete der Kinderheilkunde oder der Entwicklungsgeschichte erschienene Arbeit zur Verteilung kommt, ist Prof. Finkelstein für seine Untersuchungen über alimentäre Intoxikationen zuerkannt worden.

Die **Fédération internationale de laiterie** in Brüssel hat folgendes Preisausschreiben erlassen: Durch neuere Untersuchungen, die zum Teil wenigstens am Menschen selber vorgenommen werden, soll der vergleichende Nährwert der rohen und gekochten Milch (pasteurisiert, sterilisiert oder getrocknet) festgestellt werden. Falls eine Bevorzugung der rohen Milch stattfindet, soll die Rolle, die die Zymasen bei der Ernährung spielen, festgestellt werden. Preis 500 Fr. Die Arbeiten können gedruckt oder mit Schreibmaschine hergestellt sein, dürfen französisch, deutsch oder englisch verfaßt sein. Es sind fünf Exemplare an die Hauptgeschäftsstelle der Fédération internationale de laiterie, 23 rue David Desvachez, Bruxelles-Uccle (Belgien) bis zum 1. April 1911 einzusenden.

Hamburg. Behufs Errichtung eines **ärztlichen Pädagogiums für jugendliche Kranke** hat die Oberschulbehörde zur Feststellung der Anzahl der geistig Anormalen in den Normalschulen auf dem Landgebiet einen Fragebogen an die Leiter der einzelnen Schulen gesandt zur Beantwortung folgender Fragen: 1. Wieviel Kinder der Schule sind in einem so hohen Grade schwachsinnig, daß sie den Lehrstoff auch der untersten Stufen nicht erfassen können? 2. Von wieviel Kindern ist bemerkt worden, daß sie an ethischen oder moralischen Defekten leiden? 3. Wieviel Kinder leiden an Epilepsie, Hysterie oder an sonstiger geistiger Abnormität? 4. Wieviel Kinder würden aus der betreffenden Schule unter Berücksichtigung obiger Gesichtspunkte für die Aufnahme in ein ärztliches Pädagogium in Frage kommen? — Der Bund für Mutterschutz errichtet ein **Mütterheim**, in dem 20 Betten vorgesehen sind.

Königsberg. Prof. Dr. Falkenheim, Direktor der Poliklink für Kinderkrankheiten, beging am 2. Juni das 25jährige Dozentenjubiläum.

München. In dem Vorort Perlach ist eine **Säuglingsfürsorgestelle** mit Milchküche eröffnet.

Bremen. In Tenever ist ein aus privaten Mitteln errichtetes **Mütter- und Säuglingsheim** eröffnet.

Bremerhaven. Der Verein für Ferienkolonien hat beschlossen, auf der Nordseeinsel Langeoog ein **Kinderheim** zu erbauen.

München-Gladbach. Die Stadt hat eine **Heilstätte für lungenkranke und skrofulöse Kinder** errichtet.

Lüneburg. Das **Kindererholungsheim** in Bevensen ist eröffnet.

Wien. Primararzt Dr. G. Riether, Leiter der niederösterreichischen Findelanstalt, ist zum Direktor des niederösterreichischen Landeszentralkinderheims ernannt.

Kopenhagen. Priv.-Doz. Dr. C. E. Bloch ist zum Oberarzt der Kinderabteilung des neuen Reichshospitals ernannt.

Rio de Janeiro. Prof. Dr. F. S. Correa ist zum Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

Gestorben: Dr. George Carpenter, der verdienstvolle Herausgeber und Gründer des „British Journal of Children's diseases", das unter seiner 7jährigen energischen Leitung zum führenden englischen pädiatrischen Journal wurde.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. Bauer (Emmendingen), Dr. W. Bauer (Jena), Primarius Dr. Ernst Deutsch (Budapest), Prof. Dr. O. Eversbusch (München), Dr. G. Finder (Charlottenburg), Dr. Th. Freyhan (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. Hecker (München), Prof. Dr. Gg. Joachimsthal (Berlin), San.-Rat Dr. Max Joseph (Berlin), Dr. M. Kaufmann (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. Adolph H. Meyer (Kopenhagen), Dr. M. Michalowicz (Warschau), Dr. Herm. Netter (Pforzheim), Dr. G. Ootmar (Haarlem), Dr. S. Rubinstein (Riga), Dr. B. Schick (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. Sheffield (New York), Dr. G. Sommer (Zittau), Dr. A. Sonntag (Berlin), Prof. Dr. H. Starck (Karlsruhe), Dr. A. Stern (Charlottenburg), Dr. E. Toff (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. Vulpius (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. Wegscheider (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. August 1910. Nr. 8.

Inhalt.

I. Referate.

Seite

Fortsetzung des Inhaltes.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Neue Bücher. — IV. Therapeutische Notizen.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. August 1910. Nr. 8.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

A. Wilke, Kongenitales Rundzellensarkom primär in Leber und Nebennieren entstanden. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 2. S. 209.) Verf. veröffentlicht diesen Fall, weil 1. im Säuglingsalter in den beiden genannten Organen echte Geschwülste sehr selten sind; 2. weil die beobachteten Befunde es nicht zuließen, die Tumorentwicklung des einen Organes als metastatisch bzw. sekundär gegenüber der primären Entstehung im anderen Organe aufzufassen; 3. weil vielmehr eine Multiplizität primären Geschwulstwachstums in den genannten Organen als höchstwahrscheinlich anzunehmen ist.

Hecker.

M. Pfaundler, Beiträge zur Frage der „Pylorusstenosen" im Säuglingsalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 3. S. 253.) Trotz des großen Interesses, das die Pylorusstenosen der Säuglinge seit Jahren gezeitigt haben, dauert der lebhafte Widerstreit der gegensätzlichen Meinungen über die Pathogenese und das Wesen dieser Affektion immer noch fort. Die Forscher lassen sich in drei Gruppen teilen: Unitarier, die alle Fälle auf reinen Spasmus, Unitarier, die alle Fälle auf Hypertrophie, und Dualisten, die einen Teil der Fälle auf reinen Spasmus, einen andern Teil auf Hypertrophie zurückführen wollen. Zu letzteren gehört seit 1898 auch Verf.

Die dualistische Lehre wird erst dann unbedingt anerkannt werden müssen, wenn es gelingt, nachzuweisen, daß es 1. Fälle gibt, in denen der auf die Pylorusstenose hinweisende Symptomenkomplex bei einer nachweisbaren Muskelhypertrophie am Pylorus (und Antrum), also einer organischen Veränderung, dieser Teile besteht und 2. Fälle, in denen sich ein auf Pylorusstenose hindeutender Symptomenkomplex ohne organische Veränderung also auch ohne Hypertrophie einstellt. Dieser Symptomenkomplex besteht aus fortdauerndem, heftigem Erbrechen gallenfreien Mageninhalts bei abnorm verlängerter Verdauungsdauer und bei Ausschluß von Atonie, typischer Pseudoobstipation (d. h. Absonderung spärlicher, sehr kotarmer Stühle, vermehrte Magenperistaltik mit rollenförmig sich fortpflanzenden Wülsten und tiefen Furchen, tastbarem Pylorustumor). Als Maß der Pylorusstenose empfiehlt Verf. als von allen bisher angewendeten am brauchbarsten „den inneren Pylorusring, gemessen am aufgeschnittenen, tunlichst flach etwa auf einer Glasplatte ausgebreiteten Präparate" (mittels Zirkel oder Bandmaß), wenn ihm auch gewisse Fehler und Mängel anhaften.

Ein mit Hecker zusammen beobachteter Fall von Pylorushypertrophie gibt Gelegenheit, exakte Kapazitätsmessungen vorzunehmen und das Bestehen einer echten Gastrektasie nachzuweisen.

Auf Grund einer Reihe von genauest beobachteten Fällen gelangt Verf. zu folgenden Thesen:

1. Es gibt im Säuglingsalter Fälle, deren klinische Zeichen auf eine „Pylorusstenose" hinweisen und denen ein organisches Leiden, nämlich eine Hypertrophie der Magen-, besonders der Antrummuskulatur zugrunde liegt (Typus Hirschsprung). 2. Es gibt Fälle, deren klinisches Verhalten gleicherweise eine Verengerung am Magenausgange sicher annehmen läßt, denen aber ein nachweisbares organisches Substrat vollkommen fehlt („Pylorospasmus").

Es erscheint sonach der dualistische Standpunkt in der Lehre der Pylorusstenosen im Säuglingsalter gerechtfertigt. Die Möglichkeit engen Zusammenhanges der funktionellen und der organischen Fälle in pathogenetischer Hinsicht bleibt bestehen. Hecker.

E. Reiss, Untersuchungen der Blutkonzentration des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 3. S. 311.) Die bei magendarmkranken Säuglingen häufigen starken Gewichtsverluste und schnellen Gewichtszunahmen, die sich mit den klinischen Zeichen von Verschlechterung und Verbesserung des Gesamtbefindens nicht in Einklang bringen lassen, hat man durch Veränderungen im Wassergehalt der Körpersäfte zu erklären versucht und besonders plötzliche starke Zunahmen bei kranken Säuglingen unter Berücksichtigung bestimmter klinischer Erscheinungen als durch Hydrämie bedingt anzusehen sich gewöhnt. Verf. nahm, um zu zeigen, inwieweit diese Ansichten begründet sind, fortlaufende Untersuchungen der Blutkonzentration vor und bediente sich der refraktometrischen Untersuchung des Blutserums.

Während bei gesunden Erwachsenen der normale Wert der Eiweißkonzentration des Blutserums zwischen 7,5 und 9% Eiweiß liegt, fand Verf. bei 38 gesunden Säuglingen, daß sich der Eiweißgehalt zwischen 5,6 und 6,6, im allgemeinen nahe an 6% hält. Das Blutserum des Säuglings ist also nicht unwesentlich wasserreicher als das des älteren Kindes bzw. des Erwachsenen. Der Umschlag von der Serumkonzentration des Säuglings zu der des Erwachsenen scheint zwischen dem 6. und 10. Lebensmonat vor sich zu gehen, also in der gleichen Zeit, in der im Organismus des Säuglings diejenigen Veränderungen vor sich gehen, die ihn allmählich befähigen, zur Nahrung des älteren Kindes überzugehen. Beim älteren Kind liegt der Eiweißgehalt des Blutserums wie beim Erwachsenen zwischen 7,5 und 9%. Verf. stellt dann für das gegenseitige Verhalten der Körpergewichts- und Blutkonzentrationskurven 9 Schemata auf und untersucht an 21 Fällen, ob und wieweit sich mit dieser Klassifizierung der klinische Verlauf in Einklang bringen läßt. Beim magendarmkranken Säugling fanden sich viel häufiger Bluteindickung als Blutverdünnung, es handelt sich um einen richtigen Wasserverlust des Gesamtorganismus durch Durchfälle. Werden durch zweckmäßige Therapie diese Wasserverluste behoben oder ausgeglichen, macht allmählich die Eindickung des Blutes

normalen Verhältnissen Platz. Diese neue refraktometrische Untersuchungsmethode bildet also auch wichtige Anhaltspunkte für die Therapie.

Hecker.

C. Lempp und **L. Langstein**, Beiträge zur Kenntnis der Einwirkung des Magensafes auf Frauen- und Kuhmilch. (Jahrb. f. Kinderh. Bd. 70. Heft 3. S. 363.) Durch 22 experimentelle Versuche beweisen die Verff., daß das Kasein keineswegs durch Magensaft schwerer angreifbar ist als das Albumin. Das Kasein bewahrt sogar die Eigenschaft der leichten Löslichkeit unter Umständen, bei denen das Albumin beträchtliche Einbuße an ihr erleidet. Die Verff. schließen mit den Worten: „Es ist hohe Zeit, daß theoretische Spekulationen über Säuglingsernährung endlich aufhören, zwischen ‚gelöstem' und ‚ungelöstem' Eiweiß zu unterscheiden — eine Betrachtungsweise, für die experimentelle Stützen vollständig fehlen und die durch die Fortschritte der physiologisch-chemischen Forschung auf dem Gebiet der Verdauung überlebt ist.

Hecker.

P. Krause und **E. Meinicke**, Zur Ätiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. II. Mitteilung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 14.) Die Verff. konnten Kaninchen mit Kinderlähmungsvirus vom Menschen aus infizieren und mit den Organen dieser Kaninchen wieder andere infizieren. Die akute epidemische Kinderlähmung ist also als übertragbare Krankheit anzusehen.

Wenn andere Autoren negative Resultate erzielten, so ist zu betonen, daß nur bestimmte Kaninchenrassen und nur junge Tiere empfänglich sind; auch ist eine große Impfdosis anzuwenden, und zwar am besten intraperitoneal bzw. intravenös.

Die Ergebnisse weiterer Untersuchungen werden wie folgt zusammengefaßt:

1. Das Virus der akuten epidemischen Kinderlähmung ist beim Menschen und beim infizierten Tier nicht nur im Zentralnervensystem, sondern auch in der Lumbalflüssigkeit, im Blut und in den parenchymatösen Organen enthalten.

2. Es ist nicht nur in der Leiche, sondern auch im lebenden Kranken (Blut und Lumbalflüssigkeit) nachgewiesen.

Grätzer.

E. Meinicke, Experimentelle Untersuchungen über akute epidemische Kinderlähmung. (Aus dem Hagener Laboratorium zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrgebiet.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 15.) M. gelang es, von den mit menschlichem Material infizierten Kaninchen aus weitere Kaninchenpassagen zu erzielen. Auch die Übertragung auf Affen gelang. Die Inkubationszeit beträgt im Durchschnitt 8—14 Tage, schwankt aber beträchtlich (3—41 Tage), wobei Alter, Gewicht und Rassenempfänglichkeit der Tiere, Virulenz, Menge, Einverleibungsart des Materials eine Rolle spielen. Das Virus ist durch Beckefeldfilter filtrierbar und besitzt eine große Resistenz gegen äußere Schädlichkeiten wie auch gegen Glyzerin. Im Laufe fortgesetzter Tierpassagen kommt es zu einer Abschwächung des Virus.

Grätzer.

Esau, Ein Fall von lokalem Tetanus der Hand. (Aus der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in Oschersleben.) (Ebenda.) Kurz zusammengefaßt handelte es sich um einen Knaben, bei dem sich 5—6 Tage nach einer Hohlhandverletzung durch Schrotnahschuß lokaler Tetanus in Form einer Muskelkontraktur, die auf das vom N. medianus versorgte Gebiet beschränkt war, entwickelte; wechselnde Stärke bis zum 14. Tage nach der Verletzung. Nachdem am 13. Tage ein operativer Eingriff ausgeführt war, trat 24 Stunden danach ein generalisierter Tetanus ein. Dauer des schweren, mit hohen Temperaturen einhergehenden Tetanus bis zum 28. Tage nach der Verletzung. Während dann die Rigidität der gesamten Körpermuskulatur rasch verschwand, hielt die starre Kontraktur im Unterarm und Hand noch lange Zeit an, um dann jedoch endgültig in Heilung auszuklingen.

Die Therapie bestand in Injektion von Tetanusserum; wenn man sich auch noch nicht geeinigt hat, ob es nützt, so würde E. doch in jedem Falle es versuchen und auch bei verdächtigen Wunden nicht die prophylaktische Injektion versäumen. Bislang sah er auch bei mehreren Schrotnahschüssen, wenn sie von Taschenpistolen stammten, keinen Tetanus. Seitdem er aber diese üble Erfahrung gemacht und gefunden hat, daß es auch unter den Teschingpatronen solche mit Filzpfropfen gibt, wird er in Zukunft auf ihre Herstellungsweise mehr achten.

Im ganzen wurden 500 A.-E.-Höchst teils in den Arm, teils anderswohin eingespritzt; es entwickelte sich sowohl ein lokales Exanthem wie Allgemeinerscheinungen in Form einer akuten, wenig schmerzhaften Polyarthritis. Ob das Fieber als Serumwirkung aufzufassen ist, bezweifelt E.; es hörte mit den akuten Erscheinungen des Tetanus auf, war also wohl dessen Ausdruck.

Die schweren tetanischen Anfälle wurden nach Bedarf mit Morphiuminjektionen behandelt; im übrigen war der Kranke isoliert und wurde nach Möglichkeit in Ruhe gelassen.

Es war naheliegend, das Patronenmaterial für Teschings einer Untersuchung zu unterziehen; und da fand E. dann in dem Material, soweit er es sich verschaffen konnte, folgendes: Sowohl bei Knallquecksilberpatronen wie solchen mit Schwarzpulver gefüllten war durchweg Pappe als Trennungsstoff zwischen Explosionsstoff und Schrotfüllung verwendet; es handelte sich außerdem meistens um weiße oder helle, feinfaserige Pappen. Nur in den Patronen, welche der Kranke benutzt hatte, lag ein dicker, grobfaseriger Filzpfropfen zwischen Pulver und Schrot. Wahrscheinlich gibt es derartige Patronen aber vielfach im Handel, und wir müssen demnach unsere therapeutischen Konsequenzen ziehen; berüchtigt sind wohl am meisten die Revolverplatzpatronen. Auf jeden Fall sind Schrotnahschüsse, auch durch Teschings, als tetanusverdächtig anzusehen und demnach zu behandeln.

Grätzer.

J. H. Greeff (Stuttgart), Beitrag zur Frage über einen etwaigen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Stillfähigkeit, Lungentuberkulose, Zahnkaries. (Ebenda.) G. hat

umfangreiche Nachforschungen über den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Stillfähigkeit angestellt, wobei er verschiedene Gruppen unterscheidet. Er sagt dazu:

„Gehen wir nunmehr zur Betrachtung der verschiedenen Gruppen über, dann fällt bei derjenigen „Mutter und Tochter, beide stillbefähigt“ der ziemlich hohe Prozentsatz der „Väter-Potatoren“ mit 22,2 % auf, im Gegensatz zu der v. Bungeschen Arbeit, wo diese nur 1,8 % betragen. Wenn man somit bei Betrachtung meiner Untersuchungsergebnisse sieht, daß eine verhältnismäßig große Anzahl notorischer Säufer stillfähige — wohlgemerkt voll und ganz stillfähige — Töchter hat, so möchte man geneigt sein, A. B. Marfan bis zu einem gewissen Grad rechtzugeben, wenn er in der „Revue mensuelle des maladies de l'enfance“ sagt: „Die Angabe v. Bunges hinsichtlich des schädlichen Einflusses des Alkoholismus ist in der Art, daß ein Vater, der Alkoholiker ist, Töchter zeugt, die unfähig zum Stillen sind, nicht richtig.“ Meiner Meinung nach darf man in solch wichtiger Frage vorläufig noch kein unumstößliches Urteil fällen. Erst aus einer größeren Anzahl ähnlicher Arbeiten, wie die hier vorliegende, diese zusammenfassend, ist man berechtigt, endgültige Schlüsse zu ziehen. Daß starker chronischer Alkoholgenuß von seiten des Vaters eine Degeneration in der anatomischen Struktur und physiologischen Tätigkeit der Brustdrüsen der folgenden Generation hervorzurufen vermag, erscheint mir fraglich. Ich glaube, daß dieses Organ eine weit größere Widerstandsfähigkeit besitzt, als die v. Bungesche Sammelarbeit vermuten läßt. Andere Organe dagegen, wie Gehirn und Nerven, sind bekanntlich weit weniger widerstandsfähig gegenüber alkoholischen Einflüssen, ausgehend von den Vorfahren, vom Vater, ja vom Träger selbst. Wohl aber ist es einleuchtend, daß ein über mehrere Generationen sich erstreckender chronischer Alkoholgenuß — sogar schon mäßigen Grades — schließlich einen deletären Einfluß auf Entwicklung und Funktion der Brustdrüsen der Deszendenz ausübt. A. Bluhm sagt in ihrer von verschiedener Seite angegriffenen Schrift: „Es erscheint unfaßlich, wie er“, d. h. v. Bunge, „ohne über eine sich auf mehr als zwei Generationen erstreckende Statistik zu verfügen, seine durch unsere heutigen biologischen Kenntnisse durchaus nicht gerechtfertigte Behauptung von der infolge der väterlichen Trunksucht fast immer für alle kommenden Geschlechter unwiderruflich verlorenen Stillfähigkeit aufstellen konnte.“ Auch Walcher glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, die sich leider über allzu kurze Beobachtungszeiten erstreckten, nicht an eine derartige Stillunfähigkeit bei chronischem Alkoholismus der Väter, wie v. Bunge sie angibt. Es scheint mir, daß bei derartig erblich belasteten Individuen eine gewisse Schwächung der Psyche, und zwar in erster Linie nach der Seite des Willens hin vorhanden ist, derart, daß die Betreffenden ihre vornehmsten mütterlichen Pflichten, die des Stillens, vergessen und, da sie nicht mehr stillen wollen, weil es ihnen aus ästhetischen und vielen andern, nicht stichhaltigen Gründen, zu unbequem ist, schließlich auch tatsächlich nicht mehr stillen können. Diese Willensschwäche kann, wie Walcher u. a. zeigten, auf suggestivem Wege günstig beeinflußt werden, so daß solche Frauen, die bis

dahin für nicht stillbefähigt galten, stillfähig werden oder ihre verloren gegangene Stillfähigkeit wieder gewinnen. Steinhardt sagt auf Grund seiner Erfahrung in der Nürnberger Poliklinik: „Die Fähigkeit zum Stillen wird noch immer sehr unterschätzt.“ Auch Rommel kann eine zunehmende Stillunfähigkeit im Sinne v. Bunges nicht zugeben. Ähnlicher Ansicht sind u. a. Fischel, Nigris, Nordheim, die den Hauptgrund der sogenannten zunehmenden Stillunfähigkeit in der Unwissenheit und Indolenz, wie auch in ungünstigen äußeren Verhältnissen erblicken. Endlich ist, worauf Karl Hegar in seinem Vortrag auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg 1909 aufmerksam machte, in nicht gar seltenen Fällen, und zwar regionär nicht verschieden, eine anatomische Degeneration der Brustdrüse, die nicht lediglich auf Konto übermäßigen Alkoholgenusses der Väter gesetzt werden darf, nachzuweisen. Diese Degeneration, deren eigentliche Ursachen noch nicht ganz aufgeklärt sind, hat nach des vorhin genannten Autors Ansicht eine verminderte, ja sogar gänzlich aufgehobene Stillfähigkeit zur Folge.

Wenn wir nunmehr zu der weiteren Gruppe übergehen: „Mutter stillbefähigt, Tochter nicht stillbefähigt“, so zeigen sich auch hier wieder Abweichungen von der v. Bungeschen Statistik, insofern, als die für gewöhnlich durchaus mäßigen Väter das größte Kontingent, nämlich 59,0 % stellen, dagegen bei v. Bunge die Potatoren mit 39,9 %. Allerdings sind, das darf nicht übergangen werden, in meinen Untersuchungsergebnissen die Trinker mit 27,2 % ebenfalls ziemlich reichlich vertreten.

In der folgenden Gruppe „Mutter und Tochter, beide nicht stillbefähigt“ komme ich zu ähnlichen Ergebnissen wie v. Bunge. Auffallend hierbei ist der große Prozentsatz gewohnheitsmäßig mäßig trinkender Eltern. Hier, wie bei den Gruppen a und b, sollten eben unbedingt Angaben über den Alkoholverbrauch mindestens seitens des Großvaters, besser aber seitens des Urgroßvaters der befragten und untersuchten Frau in einwandfreier Weise zu erhalten sein. Meine Bemühungen in dieser Hinsicht verliefen leider ziemlich resultatlos, wie ja vorauszusehen war. Nur in wenigen Fällen erhielt ich genaue, verwertbare Angaben.“

Was die übrigen Punkte anbelangt, so geht aus den Untersuchungen hervor, daß wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus der Großväter und Väter und Lungentuberkulose, wie Karies der Deszendenten besteht. Grätzer.

K. Ochsenius, Über Indikationsstellung der Operation bei Pylorusstenose der Säuglinge. (Aus dem städt. Säuglingsheim in Dresden.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. S. 17.) Die Frage, wann bei Säuglingen mit Pylorusstenose die Operation indiziert ist, läßt sich nicht so leicht entscheiden. Ein wichtiger Faktor ist jedenfalls die Gewichtsabnahme des Kindes; erreicht der Verlust bei Brustkindern 30 %, bei Flaschenkindern 27—28 %, dann liegt die Indikation vor.

O. bringt die Krankengeschichten zweier Kinder, fast verzweifelte Fälle, die durch die Webersche Methode geheilt wurden: Diese

Operationsmethode bietet den großen Vorteil, daß die Kinder baldigst wieder rite ernährt werden können. Allerdings spielt die Diät nach der Operation eine höchst bedeutungsvolle Rolle. Plötzliche, zu reichliche Ernährung kann bei den in Inanition befindlichen Säuglingen deletär wirken. Darreichung kleiner Portionen ist unbedingt nötig, schnelle Steigerungen und hoher Fettgehalt auch der Frauenmilch sind zu fürchten.

Die von Fuhrmann empfohlene Ernährung mit Frauenmilch per clysma hat sich als unzulänglich erwiesen. Grätzer.

W. Weber (Dresden), Über eine technische Neuerung bei der Operation der Pylorusstenose des Säuglings. (Ebenda.) Schöner und dauernder Erfolg bei 2 Fällen, welche mit W.s partieller Pyloroplastik operiert waren. Bei dieser bleibt die Mukosa unberührt; der die Pyloruswand längs spaltende Schnitt wird nur durch die Serosa und Muscularis geführt, der Längsschnitt wird quer vernäht und darüber noch eine Anzahl Lembertnähte gelegt.

Bei dieser Methode wird der stenosierte Gang wesentlich erweitert; sie hat den großen Vorzug, daß die Gefahr der peritonealen Infektion bedeutend vermindert wird, die Operationsdauer eine wesentliche Abkürzung erfährt. Grätzer.

O. Franck, Tracheotomia transversa. (Aus der chirurgischen Klinik des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 6.) Die Methode der Tracheotomia transversa ist folgende:

4—5 cm langer Querschnitt hart auf die Cartilago cricoidea unter Anheben einer Längsfalte. Beim Zurückbeugen des Kopfes klafft die untere Wundlippe im allgemeinen weiter als die obere, so daß die Topographie der subkrikoidalen Halspartie vorliegt. In der Mitte die Linea albicans colli, rechts und links oder auch singulär von den Venae med. colli begleitet. Einritzen der Linea albicans in der ganzen freiliegenden Partie und stumpfes Auseinanderdrängen der Muskulatur bis zum Isthmus. Leichtes Anziehen des Isthmus mit dem linken Zeigefinger und querer Einschnitt in die Trachea hart unterhalb der Zirkumferenz der Krikoidea. Die sofort klaffende Trachealwunde wird rechts und links bis zum queren Durchmesser erweitert. Nach Einführung der Kanüle wird die Hautwunde beiderseits durch Kopfnähte verschlossen. Außer dem Skalpell bedarf es bis zur Einführung der Kanüle keines weiteren Instrumentes.

Nach dieser Methode wurden bis jetzt 12 Fälle operiert. Der Eingriff selbst ging bei der klaren Topographie und dem abgekürzten Verfahren schnell und ohne jeden Zwischenfall vonstatten. Mit dem Kanülement wartete man absichtlich oft längere Zeit, um die Entbehrlichkeit der Kanüle in den ersten kritischen Augenblicken nach Eröffnung der Luftröhre ohne Haken zu demonstrieren. Das Dekanülement machte in keinem Falle Schwierigkeiten und erfolgte durchschnittlich je nach der Schwere des Falles am 3.—6. Tage, in einem Falle schon nach 48 Stunden. Die Querwunde der Haut heilte fast durchweg per prim. int., nur ein Fall erlitt leichte Nahteiterung ohne wesentliche Dehiszenz.

Ein Fall ($^3/_4$ Jahre altes Kind) ging trotz intravenöser Serumdarreichung an absteigendem Krupp 12 Stunden nach der Aufnahme zugrunde. Die Tracheotomie wurde sub finem vitae gemacht. Bei der Sektion fanden sich die bronchialen Membranausgüsse in erstaunlicher Tiefe. Die quere Trachealwunde lag genau vorne und umfaßte nur $^1/_3$ der Zirkumferenz. Das Trachealrohr war an dieser Stelle von absolut gleicher Lichtung ohne jede Ringverschiebung oder Verbiegung.

Die Quertracheotomie bietet kurz zusammengefaßt folgende Vorzüge:

1. Bezüglich der Operation: klare Topographie, peinliche Gefäßschonung ohne Isthmusverschiebung, spontan klaffende Trachealwunde und Entbehrlichkeit aller Instrumente mit Ausnahme des Messers.

2. Bezüglich des Resultates: primäre Wundheilung, Erhaltung des Trachealrohres, unsichtbare, nicht eingezogene Hautnarbe, voraussichtlich ohne Spätfolgen.

Grätzer.

P. H. Römer und **K. Joseph,** Beitrag zur Natur des Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Aus der experiment. Abteil. des Instituts f. experiment. Therapie zu Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 7.) Das Virus erwies sich als außerordentlich widerstandsfähig gegen Glyzerin; es hob selbst eine 2 Monate lange Konservierung in verdünntem Glyzerin seine Virulenz nicht auf. Das Virus nähert sich damit noch mehr dem Erreger der Hundswut und der Hühnerpest, mit dem es schon früher in Analogie gesetzt wurde. Für den Versand von Infektionsmaterial käme als Konservierungsflüssigkeit 50%iges Glyzerin in erster Linie in Betracht.

Grätzer.

P. Grosser, Über die Behandlung von ernährungsgestörten Säuglingen mit zuckerfreier Kost. (Aus der Kinderklinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.) (Ebenda.) G. hat, basierend auf den Finkelsteinschen Anschauungen von der Schädlichkeit des Zuckers, ein Gemisch hergestellt, das im wesentlichen besteht aus Bouillon, Kasein und Butterfett mit Zusatz von etwas Hafermehl, Kochsalz, doppelkohlensaurem Natron und Saccharin. Damit sind schwer geschädigte Kinder vom 2. Lebensmonat an behandelt worden. Diese Säuglinge litten entweder an akuten Intoxikationen oder an der Mischform der Dekomposition mit zerfahrenen, schleimigen Stühlen und erhielten auch ohne Hungerdiät sofort verhältnismäßig große Mengen des Gemisches. In allen Fällen gelang es bisher, guten Stuhl und mehr oder weniger starke Gewichtszunahme zu erzielen. Die Besserung des Stuhles trat einige Male sehr schnell, einige Male etwas langsamer ein, die Kinder erholten sich aber stets unter der in einigen Fällen 10—14 Tage fortgesetzten Kur; der schwache Puls wurde kräftig, die tiefe Atmung normal, die blaßblaugraue Hautfarbe wich einer frischen Röte, die Apathie verschwand. Waren die Kinder so weit gekräftigt, so wurde sofort auf relativ reichliche Mengen Milchmischung umgesetzt, jedesmal mit gutem, andauerndem Erfolge. Die Kinder nahmen die Nahrung gern, ein allzuschwaches erhielt sie mit der Sonde. Fieber hat G. nicht beobachtet, auch keine Ödeme oder

Kollaps. Trotzdem G. schon über ein reichliches Material verfügt, möchte er noch nicht die Versuche in extenso veröffentlichen, vor allem, weil er noch weitere Erfahrungen, besonders in den heißen Sommermonaten, sammeln möchte. Grätzer.

L. Berliner, Zur Therapie des Stickhustens. Eine Behandlung mit Chininsalbe auf dem Wege durch die Nase. (Ebenda.) Seit 2 Jahren wendet B. bei jedem Falle von Keuchhusten Chininsalbe an, je nach dem Alter des Kindes 1,0—2,5 : 10,0—15,0 Adip. suill. Er läßt die Salbe einführen mit einem Glasstäbchen, 3—4 mal täglich eine etwa erbsengroße Partie. Damit die Salbe nach hinten fließt, muß das Kind dann auf dem Rücken liegen. Diese Methode hat sich bestens bewährt. Grätzer.

H. Gudden (München), Das Verhalten der Pupillen beim Neugeborenen und im ersten Lebensjahr. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 8.) Beim Neugeborenen ist die Markscheidenbildung des N. oculomotorius und N. opticus noch nicht vollendet. Darauf führt G. die Tatsache zurück, daß die Pupillen hier im Schlaf viel weniger verengt sind als bei Erwachsenen und die Erweiterung beim Erwachen sehr langsam erfolgt und die Mittelweite (3—3,5 mm) nicht überschreitet. Grätzer.

C. Bachem (Bonn), Über Verätzung durch Natronlauge infolge Verwechslung mit Wasserglas. (Ebenda.) Einem 16 Monate alten Kind, dem wegen tuberkulöser Koxitis ein Beckengipsverband angelegt worden war, wurde, um ein Abbröckeln des Gipses zu verhüten, um den Verband eine Wasserglasbinde umgelegt. Etwas von der Wasserglaslösung kam auf die Haut des Kindes, und es entstanden gangränöse Stellen, welche sich als Ätzeffekte manifestierten. Es stellte sich heraus, daß in der Drogerie statt Wasserglas sehr konzentrierte Natronlauge verabreicht worden war.

Der Fall mahnt dringend, das gelieferte Material auf Wasserglas zu prüfen. Das ist leichter, als mancher denkt: Man braucht in einem Reagenzglase nur einige Tropfen einer Säure (Salpeter- oder Salzsäure, die jeder Arzt vorrätig hat), zu der fraglichen Lösung hinzuzufügen; entsteht hierbei ein weißlicher Niederschlag, so ist mit einiger Wahrscheinlichkeit die Lösung als Wasserglas anzusehen. Jedem Kollegen stehen auch Sublimatpastillen zur Verfügung; einige Tropfen einer Lösung hiervon der zu untersuchenden Flüssigkeit zugesetzt, dürfen keinen gelben Niederschlag (Hydrarg. oxydat. v. humida parat.) ausfallen lassen, andererseits hat man es mit Natronlauge, wie in obigem Falle, zu tun. Diese Reaktion tritt auch noch in starker Verdünnung ein. Eine weitere, ebenfalls leicht anzustellende Probe ist folgende: Beim Verreiben gleicher Gewichtsteile Natronwasserglaslösung und Weingeist in einer Schale soll sich ein körniges, nicht aber ein breiiges oder schmieriges Salz in reichlicher Menge ausscheiden und die hiervon abfiltrierte Flüssigkeit soll rotes Lackmuspapier nicht bläuen, andernfalls Natronlauge zugegen ist. Grätzer.

H. Luce, Zur Pathologie der Bantischen Krankheit. (Aus der Inneren Abteilung des Vereinshospitals in Hamburg.) (Medizin.

Klinik. 1909. Nr. 14 u. 15.) L. zeigt an der Hand eines von ihm beobachteten, ein 6 jähriges Kind betreffenden Falles, daß ein Teil der sogenannten splenogenen Anämien des Kindesalters zweifellos in die Kategorie des Bantischen Symptomenkomplexes gehört. Wie die klinische Beobachtung erkennen ließ, lag hier eine bereits durch Leberschwellung komplizierte splenogene Anämie vor, welche durch Milzexstirpation zur Ausheilung gebracht wurde. Die splenogene Ätiologie lag klar zutage. Der bis dahin wesenlose Begriff der Anaemia splenica würde also hier inhaltlich durch die einen bestimmten klinischen Symptomenkomplex repräsentierende Bezeichnung als Bantische Krankheit konkret substituiert werden müssen.

Der Fall bot eine Reihe von Besonderheiten gegenüber anderen Bantifällen. So war der unter der Form einer akuten Exazerbation sich abspielende klinische Verlauf ungewöhnlich. Das seit seiner Geburt auffallend blasse Kind wurde in dem dem Hospitalaufenthalt vorangehenden Halbjahre zusehends blasser, matter und appetitlos, und während der klinischen Beobachtung entwickelte sich unter L.s Augen unter rascher Zunahme der Anämie zu den höchsten Graden ein Zustand von rapider progressiver Kachexie, die merkwürdigerweise rein psychischer und physischer Natur war, aber nicht von nutritivem Charakter. Bisher ist eine so hochgradige Anämie (Heruntergehen der roten Blutkörperchen auf 0,8 Mill. und 20% Hb) innerhalb so kurzer Zeit bei der Bantischen Krankheit nicht beobachtet.

Auch das Verhalten der Körpertemperatur war augenfällig. Die Temperatur war vor und nach der Operation unregelmäßig subfebril. Die Mehrzahl der Bantifälle fiebert nicht. Der Verdacht auf latente Tuberkulose mußte sich da immer wieder aufdrängen, zumal die Mutter des Kindes seit Jahren lungenkrank war. Aber das Kind war tuberkulosefrei. Das Fieber mußte abhängig sein von dem pathologischen Stoffwechsel der Bantischen Krankheit, möglicherweise abhängig von abnormen Fermentationsvorgängen, analog den Temperatursteigerungen, wie sie nicht selten sich bei perniziöser Anämie finden.

Endlich ist noch zu erwähnen, daß der morphologische Blutbefund des Falles insofern eine Besonderheit zeigte, als die nach Splenektomien meist beobachtete Lymphozytose in den ersten 9 Monaten nach der Operation gänzlich ausblieb und daß nicht die Spur einer kompensatorischen Drüsenschwellung zu konstatieren war.

Um noch einmal zu rekapitulieren, so ergibt sich, daß durch L.s Beobachtungen die ursprüngliche Bantische Hypothese aufs neue gestützt und bestätigt wird, daß es eine durch den klinischen Typus „Anaemia splenica“ charakterisierte Krankheit der Milz — unbekannter Ätiologie — gibt, welche durch Splenektomie unter Verschwinden der Anämie zur Ausheilung gebracht werden kann. Mit anderen Worten, in diesen Fällen von Anaemia splenica ist die Milz der primus locus morbi. Zugleich ist auch wohl der allerdings nur klinisch gestützte Analogieschluß erlaubt, daß es Leberschwellungen von chronisch hyperämischem und entzündlichem interstitiellen und von zirrhotischem Charakter gibt, deren Ursache toxische Substanzen sind, welche aus der primär erkrankten Milz stammen und welche

mit dem Blutstrome durch die Vermittlung der V. V. linealis und portarum in die Leber eingeschwemmt worden sind. Grätzer.

M. Lateiner, Zur Serumbehandlung der Meningitis cerebrospinalis. (Aus der Kinderabteilung des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 15.) Es wurde bei der Anwendung der Serumtherapie eine bedeutende Herabminderung des Mortalitätsprozentes festgestellt. Wenn man sich auch von einer regelmäßig auftretenden Wirkung der Seruminjektionen nicht überzeugen konnte, so war doch in vielen Fällen ein Einfluß auf die meningealen Symptome, auf die Temperatur, auf das subjektive Befinden so deutlich und nachhaltig, daß man diesen Einfluß, trotz der Überzeugung von der Wirksamkeit der einfachen Lumbalpunktionen, auf diese allein nicht zurückführen konnte. L. möchte also in jedem Falle einer Meningitis cerebrospinalis epidemica auf die Serumtherapie nicht verzichten, obwohl diese, auch frühzeitig und ausgiebig durchgeführt, keine absolute Sicherheit der Heilung gewährt. Grätzer.

W. Karo, Spezifische Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose. (Ebenda.) Aus den Beobachtungen des Verf.s sei folgende, ein Kind betreffende, wiedergegeben:

Der Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen mit typischer Tuberkulose der rechten Niere. K. sah den Fall zuerst im Jahre 1908. Aus dem Ureter der rechten Niere wurde eitriger Harn mit Tuberkelbazillen entleert, neben dem rechten Ureter war ein kleines Geschwür. Zu der Operation, die K. den Eltern als einzig zuverlässige Behandlung vorschlug, wurde die Einwilligung nicht gegeben, vielmehr verlangten die Eltern zunächst den Versuch mit einer Tuberkulinkur. Der Erfolg war verblüffend. Das Kind bekam 30 Spritzen Alttuberkulin-Koch in der von Holdheim angegebenen Dosierung. Das Allgemeinbefinden des Kindes hob sich zusehends, die Beschwerden bei der Miktion sowie der häufige Harnzwang schwanden vollkommen, der Harn wurde klar. Wie eine zystoskopische Kontrolle am 6. Mai 1909 ergab, war die Blase vollkommen ausgeheilt, die Mündung des rechten Harnleiters, die vor Beginn der Behandlung ulzeriert war, zeigte keine pathologischen Veränderungen. Der Harn beider Nieren klar, ohne Tuberkelbazillen, im Sediment nur wenige Leukozyten. Das Kind hatte 18 Pfund zugenommen. Obwohl auch in der Folgezeit keinerlei Krankheitssymptome mehr auftraten, unterwarf K. die Patientin im September und Oktober 1909 einer zweiten Tuberkulinkur, die am 25. Oktober mit der 12. Spritze (4 mg Alttuberkulin) ihren Abschluß fand. Der Harn ist andauernd klar, ohne Tuberkelbazillen, das Kind sieht blühend aus.

Der Fall spricht für sich selbst. Selbst bei größter Skepsis müssen wir zugeben, daß das Unterlassen der von K. vorgeschlagenen Operation für das Kind ein Segen war. Natürlich muß der Fall weiter genau beobachtet werden, um eventuellen Rezidiven rechtzeitig und energisch begegnen zu können. Grätzer.

M. Küll (Radevormwald), Ein Fall von Kiemengangeiterung. (Ebenda.) Bei einem zwei Tage alten Knaben bemerkte die Hebamme einen Knoten am Halse. Am dritten Tage nach der Geburt sah K. das Kind und fand an der linken Seite des Halses neben dem Kehlkopfe eine kleinwalnußgroße, rundliche, feste, glatte, verschiebliche Geschwulst, ähnlich einer vergrößerten Lymphdrüse, die es aber nicht wohl sein konnte.

14 Tage später wurde K. das Kind wieder vorgeführt, und er fand es nun bis zur Unkenntlichkeit verändert. Es war enorm ab-

gemagert. Die Haut umgab welk und schlaff das Körperchen, und im krassen Gegensatz zu dem kleinen, faltigen Greisengesichtchen stand eine mächtige glatte Anschwellung der vorderen Halspartie. Die Gegend zwischen Unterkiefer und Brust war von Ohr zu Ohr ausgefüllt mit einer großen Geschwulst, die dem ganzen Gesicht eine fast viereckige, geradezu groteske Form gab. Der Anblick erinnerte sehr an die Bilder der Hodgkinschen Krankheit, bei welcher die riesigen Drüsenpakete eine ähnliche viereckige Gesichtsform zustande bringen.

Diese große Anschwellung war prall-fluktuierend. In ihrer Mitte deutete eine Furche an, daß sie aus zwei getrennten Säcken bestand; auch griff die Fluktuation nicht von einer Halsseite auf die andere über.

Bei Druck auf die linke Halsseite entleerte sich unter dem linken seitlichen Zungenrande Eiter in reichlicher Menge in die Mundhöhle. Nach Angabe der Eltern sollte das schon seit einigen Tagen geschehen sein.

Aus beiden Säcken entleerte sich nach dem Einschnitte eine Menge gelben, rahmigen, äußerst stinkenden Eiters. Die Absonderung aus den großen Höhlen ließ schnell nach, so daß schon nach einigen Tagen der drainierende Gazestreifen fortbleiben konnte; und bald waren die kleinen Schnittwunden verheilt.

Das Kind erholte sich nun außerordentlich schnell, obgleich es nur kurze Zeit von der Mutter gestillt werden konnte und hauptsächlich auf künstliche Ernährung angewiesen war.

Jetzt, noch nicht vier Monate nach der Operation, hat es sich zu einem prächtigen, kräftigen Kinde entwickelt, bei dem schon die zwei ersten Zähnchen zum Durchbruch gelangt sind.

Eine Eigentümlichkeit weist das Kind noch auf. Jederseits, in der Mitte zwischen Auge und Ohr, befindet sich eine kreisrunde, zirka zweimarkstückgroße Anschwellung, welche Fluktuation (Pseudofluktuation?) darbietet.

Eine Veränderung dieser Anschwellungen ist während der Beobachtungszeit nicht eingetreten. Worauf sie beruhen, vermag K. nicht anzugeben (vielleicht sind es lipomatöse Wucherungen), während die Eiterungen am Halse wohl auf die Kiemengänge zurückzuführen sein dürften.

Grätzer.

H. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.), Zur physikalischen Behandlung der Erkrankungen der Luftwege im Kindesalter. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1910. Nr. 6.) Beim Schnupfen der Säuglinge läßt v. M. zum Freimachen der Nase einen 25 cm langen, an einem Ende schräg abgeschnittenen, 4 mm (im Lichten) dicken Gummischlauch mehrere Male täglich abwechselnd in eine Nasenöffnung einführen und mittels eines Gebläses oder mit dem Mund unter mäßigem Druck Luft einblasen, die das Nasensekret aus der anderen Nasenöffnung heraustreibt. Darauf empfiehlt es sich, mit Hilfe eines 4 mm dicken, 10 cm langen Glasstäbchens mit abgerundeten Enden eine leicht zergehende Salbe (z. B. Cold-cream) einzutragen. Zur Unterstützung, um die Schleimhaut zum Abschwellen zu bringen und unempfindlich zu machen, benutze man folgende Salbe, die

billiger und haltbarer ist, als das von Finkelstein empfohlene Adrenalin:

Rp. Menthol. 0,1
Anaesthesin. 1,5
Adip. lan. 15,0
Vaselin. benzoat. (0,8 %) ad 30,0.

Ist der Katarrh bereits in die tieferen Luftwege gegangen, dann ist neben stets zu erhaltender frischer Luft öfterer Lagenwechsel dringend geboten. Daneben wirkt sehr gut schwedische manuelle Behandlung und Heilgymnastik. In der Frankfurter Kinderklinik ist die Reihenfolge der vorzunehmenden Manipulationen bei Erkrankungen der Atmungsorgane gewöhnlich folgende: Zunächst werden Friktionen und Vibrationen der Thorakalnerven an ihren Austrittsstellen am Rücken und an der seitlichen Brustwand vorgenommen, ferner Erschütterungen des Brustbeins zur Lösung des Schleims von der erkrankten Bronchialschleimhaut; je nach dem Zustand und Verhalten des Kindes kommt dann die Behandlung des Bauches an die Reihe. Friktionen und Streichungen, Beugung und Streckung der Extremitäten können angeschlossen werden, ferner unter Umständen Klatschungen des Brustkorbes und vor allen Dingen Atemübungen (z. B. Armrollen, Heben der Arme usw.). Die ganze Behandlung dauert je nach dem Kräftezustand, dem Alter und der Reaktion des kleinen Patienten auf diese Art der Behandlung etwa 5—8 Minuten. Am wenigsten ein- und angreifend, dabei am erfolgreichsten dürfte die Vibration der Nerven sein, die tiefe Inspirationen auslösen. Von der Wirksamkeit dieser Methode kann man sich durch Untersuchung der Lungen vor und nach der Behandlung überzeugen; auch spricht das Aussehen und das Benehmen des Kindes hinterher zugunsten der Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens.

v. M. glaubte nach seinen Erfahrungen die Anwendung der manuellen Behandlung bei akuter und subakuter Tracheobronchitis und Bronchitis mit bronchopneumonischen Herden im Kindesalter, namentlich im Säuglingsalter sowie bei Pneumonie der Säuglinge befürworten zu sollen. Dagegen haben sich bei Kapillarbronchitis im Gegensatz zu Tschernow im ersten Stadium der Anschoppung die Senfeinpackungen als wirksamer erwiesen; die manuelle Behandlung soll erst einsetzen, wenn die Sekretion beginnt. Bei genuiner Pneumonie, bei der es sich bekanntlich mehr um Resorption als um Expektoration handelt, hat v. M. diese Behandlung vermeiden zu müssen geglaubt.

Das eigentliche Gebiet der manuellen Behandlung und Heilgymnastik sind die chronischen rezidivierenden Katarrhe der Bronchien, wie sie häufig im Anschluß an Bronchopneumonien (nach Masern, Keuchhusten) zurückbleiben und zu jener Schleimstauung führen, die sozusagen zum Bilde schwerer Rachitis gehört. Hier erscheint diese Behandlungsart besonders angezeigt, da die Kinder gewöhnlich eine ganz auffallende Unempfindlichkeit der Schleimhaut und nur geringen Hustenreiz haben.

Grätzer.

Behn (Kiel), Isolierte Erkrankung des Naviculare pedis bei Kindern als Zeichen einer Wachstumsstörung. (Fort-

schritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 14. Bd. 4. Heft.) Beobachtung an einem jetzt $7^1/_2$ Jahre alten Jungen, der abgesehen von leichter Rachitis viel krank gewesen war ($1^1/_2$ Jahre dauernder Darmkatarrh, zahlreiche Bronchitiden und Bronchopneumonien, 12 Parazentesen wegen Otitis media). Die wegen Schmerzen am r. Fußrücken gemachte Röntgenaufnahme des Naviculare, dessen Gegend geringe Druckempfindlichkeit zeigte, ergab den gleichen, wie früher schon von Köhler und Hanisch erhobenen Befund: die Größe des verschmälerten, unregelmäßigen, höckerigen Knochens, dessen Corticalis und Spongiosa voneinander nicht zu trennen waren und von dessen Architektur kaum etwas zu sehen war, war nur ein Viertel bis die Hälfte der normalen. Dabei war der Dichte des Röntgenschattens nach der Kalkgehalt des Knochens verdoppelt oder vervierfacht. Gleichzeitig fand sich an den Händen und Knien ein Zurückbleiben in der sonst normalen Entwickelung.

H. Bauer (Emmendingen).

J. K. Friedjung (Wien), Beitrag zur Kenntnis der Spätlaktation. (Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 28. H. 6. 1909.) Wegen starken Blutverlustes sub partu war einer Mutter vom Selbstnähren seitens des Hausarztes abgeraten worden, das Kind aber „trotz rationeller künstlicher Ernährung“ stark heruntergekommen; deshalb versuchte F. nach einem Monat die Sekretion der Brust bei der Mutter noch anzuregen. Anfangs war der Erfolg sehr gering; erst am 11. Tage wurden 100 g und am 33. Versuchstage sogar 305 g erzielt. Dann nahm die Milchmenge wieder ab, so daß schließlich nach 3 Monaten ganz mit der Brustnahrung aufgehört werden mußte. Das Kind, das natürlich Beikost bekam, hat gut zugenommen, auch die Mutter hat keinerlei Schaden erlitten. (?) Wegscheider.

M. Unger (Breslau), Fötale Peritonitis. (Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 29. H. 5.) Nach der Geburt des Kopfes erfolgte die Geburt des übrigen Kindes bei einer I para sehr schwer. Das bei Beginn der Geburt nach Angabe der Hebamme noch lebende Kind fand Verf. schon totgeboren vor; es war reif, nicht mazeriert mit stark aufgetriebenem Abdomen. Die Sektion ergab reichlich trüben Ascites; der übrige Inhalt der Bauchhöhle war zu einer starren Masse zusammengebacken. Die Leber war von einer dicken Schwarte bedeckt; das ganze Peritoneum parietale war von teils lockeren, teils festsitzenden Gerinnseln überzogen, die sich auch noch zwischen den Därmen fanden. Offenbar handelte es sich um eine fötale Peritonitis, die weder bakteriologisch noch serologisch erklärt werden konnte. Ätiologisch handelt es sich in derartigen Fällen meist um kongenitale Darmstenosen und Atresien, Knickungen und Achsedrehungen oder um Mißbildungen im Tractus urogenitalis.

Wegscheider.

Rau, Ein Fall von angeborener reflektorischer Pupillenstarre. (Zentralblatt f. prakt. Augenheilkunde. Febr. 1910.) Subjektiv: Blendung bei Sonnen- und starken Lampenlicht. Objektiv, Pupillen über mittelweit, auf Lichteinfall absolut keine Verengerung: wohl aber deutliche auf Akkommodation und Konvergenz. Sonst

alles normal. (Mydriaticum ausgeschlossen.) Keine Lues, Tabes, progressive Paralyse.

Verfasser läßt es unentschieden, ob ein Mangel des betreffenden Zentrums im Okulomotoriuskerne vorliegt oder Zerstörung des Reflexbogens vom Optikus zum Okulomotoriuskerne. Sommer (Zittau).

Pfalz (Düsseldorf), Adaptiver Langbau und aphakische Akkommondation bei angeborener Linsenluxation. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, November 1909.) Verfasser berichtet über einen Fall von angeborener Linsenluxation, der von Interesse ist sowohl für unsere Auffassung über die Entwicklung der Myopie wie der aphakischen Akkommodationsfähigkeit.

Die aus den mitgeteilten Angaben sich ergebenden Schlußfolgerungen lassen sich kurz dahin präzisieren:

In einem durch wahrscheinlich angeborene Luxatio lentis von Jugend auf aphakischen Auge ist durch äußeren Muskeldruck starker Langbau entstanden, der die aphakische Hypermetropie fast vollständig paralysiert.

Es besteht eine Akkommodationsfähigkeit, die auch bei atropinisiertem Auge und weiter Pupille nicht vermindert ist.

Die festgestellte Zunahme des perversen Hornhautastigmatismus während Fixation eines angenäherten Objekts spricht in Verbindung mit dem erworbenen, adaptiven Langbau dafür, daß durch Druck der äußeren Augenmuskeln eine Verlängerung der Augenachse während des Nahesehens die Akkommodation wenigstens zu einem Teil vermittelt.

So zweckmäßig diese Anpassung an die Aphakie auch sein mag, ist doch im Interesse der Zukunft des Auges ihr Ersatz durch passende Brillen für Ferne und Nähe ärztlicherseits zu empfehlen.

Sommer (Zittau).

Purtscher, Angebornes atypisches Iris-Kolobom nach oben. (Zentralbl. f. Augenheilk., April 1910.) Kolobome der Iris nach oben zählen nach den Angaben der Literatur zu den großen Seltenheiten; ihre Genese erklärt sich aus atypischen hemmenden Entwicklungsstörungen. Besitzt der beschriebene Fall auch nur kasuistisches Interesse, so erscheint seine Mitteilung gleichwohl durch seine Seltenheit gerechtfertigt. Zugleich waren noch andere kongenitale Anomalien vorhanden. Sommer (Zittau).

Alb. Neisser, Die Organisation der Lupusbekämpfung in der Provinz Schlesien. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910). Der Gesamtverlauf des Lupus weist auf den Punkt hin, daß der Kampf gegen die Tuberkulose ganz besonders das Kindesalter zu berücksichtigen habe. Nicht nur die Lungentuberkulose, sondern auch der Lupus entwickelt sich in der allergrößten Mehrzahl der Fälle in den ersten Jahren des menschlichen Lebens. Bei den Kindern selbst ist wieder darauf zu achten, daß alle katarrhalischen und ekzematösen Prozesse so schnell wie möglich beseitigt werden, um die den Tuberkelbazillen als Eintrittspforte dienenden Läsionen aus der Welt zu schaffen.

Max Joseph (Berlin).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

O. Mayr (Graz), Ein Fall von beiderseitiger Taubheit nach einem Kopftrauma. (Aus der II. chirurg. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 17.) 14 jähriger Bursche akquirierte durch Hufschlagverletzung eine doppelseitige Labyrinthaffektion. Das Bild der Sprachstörung ähnelte sehr dem Bilde der sensorischen Aphasie, und es gleicht dieser Fall einem früher von Freund veröffentlichten, wo ebenfalls die Differentialdiagnose zwischen Labyrinthtaubheit und sensorischer Aphasie schwierig war. Um die Diagnose sicher zu stellen, muß eine genaue Hörprüfung angestellt werden, muß man nachweisen, daß der Endapparat in der Schnecke so weit funktionsfähig ist, daß die Sprache perzipiert werden kann und Pat. nicht bloß einzelne Vokale, Silben und Geräusche hört. Grätzer.

E. Mayerhofer, Zur Charakteristik und Differentialdiagnose des Liquor cerebrospinalis. (Aus dem Kaiser Franz Josephspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 18.) M. faßt seine Resultate wie folgt zusammen:

1. Jede Lumbalflüssigkeit reduziert Permanganat in saurer Lösung, wobei die während des Kochens durch 10 Minuten verbrauchte Anzahl von Zehntellösung als Reduktionsindex pro 1 ccm Punktat angenommen wird.

2. Der Reduktionsindex normalen Lumbalpunktates ist entsprechend dem Transsudatcharakter der Flüssigkeit niedrig, bei einer und derselben Punktion hält sich der Index in verschiedenen Fraktionen entweder auf derselben Höhe oder steigt sogar um einige Zehntel an.

3. Der Reduktionsindex meningitischen Lumbalpunktates ist entsprechend dem Exsudatcharakter der Flüssigkeit hoch (2,0—8); der Index fällt meist in den einzelnen Fraktionen einer und derselben Punktion um Werte von 1—2 ab.

4. Aus diesem Verhalten, sowie aus der raschen Ausführbarkeit der Methode (20 Minuten) resultiert die exakte Anwendbarkeit in der Differentialdiagnose zwischen Meningismus und Meningitis.

5. Nach intraduraler Anwendung von Wiener Meningokokkenserum bei Meningitis cerebrospinalis epidemica sinkt der Reduktionsindex der Lumbalflüssigkeit auf die Hälfte des Wertes des pathologischen Liquors, obwohl der Index des injizierten Serums enorm hoch (100—121) ist. Aus der Beobachtung des Index besonders nach der ersten Injektion gewinnt man anscheinend Anhaltspunkte für die Prognose.

6. Marmorekserum intradural bei Meningitis tuberculosa injiziert, vermag dem Steigen des Reduktionsindex im Verlaufe der Erkrankung keinen Einhalt zu tun. Grätzer.

J. Nowak und **F. Ranzel,** Über den Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta tuberkulöser Mütter. (Aus der II. Univers.-Frauenklinik in Wien.) (Ebenda.) Mit Hilfe der Antiforminmethode wurden 6 Plazenten tuberkulöser Mütter untersucht; in 4 Fällen ergab sich ein positives Resultat. Keine der Plazenten bot makroskopisch Abweichungen von der Norm. Grätzer.

F. Hamburger und **O. Schey,** Über Abnahme der spezifischen Vakzineempfindlichkeit während der Masern. (Aus der Kinderabteilung der Allgem. Poliklinik in Wien.) (Ebenda.) Die Verff. konnten nachweisen, daß die spezifische Vakzineempfindlichkeit während der Masern sehr stark herabgesetzt ist. Das wird an einem Beispiel gezeigt.

Aus diesem geht zuerst einmal hervor, daß bald nach der Vakzination eine langsam zunehmende Empfindlichkeit auftritt, die ihren Höhepunkt 12 Tage nach der Infektion mit einem Intensitätsgrad von 1:10000 erreicht. Nun zeigt sich auf einmal 4 Tage nach der Akme eine sehr beträchtliche Abnahme der Empfindlichkeit, für die Verff. zuerst gar keine Erklärung fanden, bis sich dann nach einigen Tagen typische Masern zeigten. Verff. hatten noch weitere Gelegenheit, die Abnahme der Vakzineempfindlichkeit während der Masern zu beobachten, da eine Spitalsinfektion mehrere Fälle zum Studium lieferte; in allen 8 Fällen konnten sie eine deutliche Abnahme der Vakzineempfindlichkeit beobachten. Dasselbe Resultat erhielten sie bei 4 anderen Masernfällen aus der Universitätsklinik des Hofrates Escherich. Es kann daher nicht zweifelhaft sein, daß es sich hier gewiß um ein ebenso gesetzmäßiges Verhalten handelt, wie bei der Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit während der Masern. Grätzer.

F. Bauer, Unsere Fürsorge für magen-darmkranke Säuglinge. (Aus dem Karolinen-Kinderspital.) (Wiener mediz. Wochenschrift. 1910. Nr. 12.) Auf Grund seiner Erfahrungen kommt B. zu dem Schluß, daß eine Milchverteilung an darmkranke Säuglinge für die Säuglingsambulanz eine notwendige Ergänzung bildet, zumal wenn die Möglichkeit der Spitalsversorgung solcher Säuglinge gering ist.

Nicht allein die Beschaffung tadelloser Milch kommt hier in Betracht, sondern auch der Zwang der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle, speziell die Einschränkung der Nahrungsmengen- und -zeiten, sowie endlich die Erziehung der Mutter zur Sorgfalt und Reinlichkeit.

Im Karolinen-Kinderspital wurde mit geringen Kosten — es werden täglich 10 Liter Milch in trinkfertigen Verdünnungen verteilt — recht Befriedigendes erreicht, namentlich bei Bilanzstörungen und Dyspepsien, weniger dagegen bei chronischen intensiven Störungen (Dekomposition) und der akuten schweren Schädigung der Intoxikation, bei welchen eine besondere Ernährungstechnik mit exakter Dosierung der einzelnen Nahrungsbestandteile nötig ist und einfache Milchverdünnungen nicht zum Ziele führen. Grätzer.

V. Chlumský, Die Morosche Salbenprobe bei der chirurgischen Tuberkulose. (Aus dem St. Ludwig-Kinderspital in Krakau.) (Wiener klin. Rundschau. 1910. Nr. 14.) Von 24 Fällen sicherer Tuberkulose reagierten 14 positiv. Von 23 Fällen, die wegen einer anderen Affektion in Behandlung waren, 6 positiv.

Die Probe ist also nicht ganz zuverlässig, immerhin aber so empfindlich, daß sich der Praktiker ihrer, da sie sich bequem und schmerzlos durchführen läßt, mit Vorteil bedienen kann. Grätzer.

Binet, Trénel et **Worms** (Nancy), Les incurvations des os de l'avant-bras consécutives à l'ostéomyélite de leur extré-

mité inférieure. (Archives de méd. des enf. Mai 1910.) Die Osteomyelitis des Kindes- und Jünglingsalters führt mitunter zu sehr ernsten Veränderungen des Skelettes, und zwar können dieselben lange nach dem anscheinenden Erlöschen der Krankheit in Erscheinung treten. Diese Störungen haben als Hauptursache Veränderungen in den Wachstumsknorpeln, die zum Teil durch den Krankheitsprozeß zerstört werden und daher zu einem unregelmäßigen, krüppelhaften Wachstum derselben Veranlassung geben.

Die Osteomyelitis des unteren Endes der Vorderarmknochen führt zu mehr oder weniger späten Verbiegungen dieser Knochen, und zwar werden folgende Varietäten beobachtet: 1. Wenn der Epiphysenknorpel der Ulna zerstört ist, so bildet sich eine Verbiegung des Radius aus, derart daß die Konvexität derselben nach vorne und außen gerichtet ist. 2. Wenn der Epiphysenknorpel des Radius osteomyelitisch erkrankt war, so entwickelt sich eine ebensolche Verbiegung des Radius. Endlich 3. ist noch eine Varietät zu verzeichnen, die als Radius curvus bezeichnet wird und die darauf beruht, daß nur ein Teil des radialen Epiphysenknorpels zerstört ist, der andere Teil aber normal bleibt, derart daß der Knochen nur an einer Seite wächst und durch das Zurückbleiben der anderen Seite eine mehr oder weniger auffallende Verbiegung erfährt. Diese Veränderung wurde von früheren Autoren als „progressive Subluxation des Handgelenkes“, von anderen wieder als eine Folge verschiedener Veränderungen an den Flexorensehnen, den Gelenkbändern usw. angesehen, welchen Erklärungen die Verff. die oben erwähnte, der partiellen Osteomyelitis des Epiphysenknorpels mit nachfolgendem unregelmäßigem Wachstume des unteren Radiusendes zu substituieren vorschlagen.

Die Behandlung aller dieser Difformitäten ist eine rein chirurgische, bestehend in Ausschneidung eines kegelförmigen Knochenstückes aus dem verbogenen Knochen, Redressierung desselben und Anlegen eines Gipsverbandes in der richtigen Stellung.

E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), L'appendicite chronique chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Juin 1910.) Die Appendizitis ist hauptsächlich eine chronische Krankheit. Die Anfänge sind kaum merklich, und wenn der akute Anfall ausbricht, so besteht sicherlich die Krankheit schon lange, und die schweren Symptome, welche auftreten und den Patienten in Lebensgefahr bringen, sind gewöhnlich Exazerbationen eines schon lange in latenter Weise bestehenden Prozesses. Die Ursachen der chronischen Appendizitis sind meist in Dunkel gehüllt. Man sieht robuste, gut genährte Kinder, die nie an Verdauungsstörungen gelitten hatten, an Appendizitis erkranken und kann ätiologisch höchstens an Heredität, familiale Prädisposition, Lymphatismus oder Arthritismus denken. In anderen Fällen werden häufig sich wiederholende Erkrankungen des Rhinopharnyx, der Tonsillen, adenoide Vegetationen, endlich Mittelohrentzündungen, mit oder ohne Schwellung der zervikalen Lymphdrüsen in den Antezedentien vorgefunden. Nach einer oder mehreren Erkrankungen dieser Teile können die ersten Symptome der chronischen Appendizitis in Erscheinung treten. Mehr oder weniger schwere Gastroenteritiden des

ersten Kindesalters, schleimig-membranöse Enterokolitis gehen oft der Appendizitis voran.

Alle infektiösen Krankheiten können den Wurmfortsatz beeinflussen und zu einer chronischen Entzündung desselben führen, so z. B. die Influenza, Abdominaltyphus, eruptive Fieber, Keuchhusten, Parotitis u. a. Alle diese Krankheiten bewirken eine lymphatische Reaktion, Schwellungen der Lymphdrüsen und auch der Appendix, welche als eine Lymphdrüse des Bauchraumes betrachtet werden muß.

Die chronische Appendizitis wird selten in der ersten Kindheit beobachtet, doch ist der Beginn derselben vom vierten, fünften Lebensjahre ein recht häufiger, aber, wie erwähnt, das genaue Datum des Beginnes ist sehr schwer festzustellen.

Die Symptomatologie ist eine vielfache und wechselnde; man findet oft blasses Aussehen, gelbe Gesichtsfarbe, Abmagerung, unregelmäßigen oder ungenügenden Appetit, so daß man eine mit Anorexie einhergehende Form der chronischen Appendizitis beschreiben könnte. In anderen Fällen besteht Dyspepsie, auch ist hartnäckige Verstopfung ein häufiges Symptom bei bestehender chronischer Entzündung des Wurmfortsatzes. In seltenen Fällen ist auch Diarrhöe beobachtet worden.

In gewissen Fällen kommt katarrhalische Gelbsucht zur Beobachtung, was auf eine Toxiinfektion, die vom Darme ausgehend auf die Leber einwirkt, zurückzuführen ist. Die Leber kann vergrößert und druckempfindlich sein, doch überragt sie nur in seltenen Fällen die falschen Rippen.

Paroxystisches oder zyklisches Erbrechen ist oft der Ausdruck einer bestehenden chronischen Appendizitis, nach der Operation verschwindet dasselbe bei den meisten Kindern. Kinder, die oft und ohne sichtbaren Grund an Übelkeiten, Erbrechen und Indigestionen leiden, sind verdächtig, eine latente, chronische Appendizitis zu besitzen.

Auch zirkulatorische Störungen, Herzklopfen und Dyspnoë bei geringen Anstrengungen werden beobachtet, während andererseits die Magerkeit, das blasse, fast kachektische Aussehen und öftere fieberhafte Zustände an Tuberkulose denken lassen. Öfters ist beobachtet worden, daß Kinder, welche schwächlich und in ihrem Wachstume zurückgeblieben waren, nach der Appendektomie zu Kräften kommen und rasch wachsen.

Es besteht auch eine nervöse Form der chronischen Appendizitis, die sich durch neurasthenische Beschwerden, Unlust zur Arbeit und traurige Gedanken kundgibt. Neuralgien und schmerzhafte Irridationen in das rechte Bein können eine Koxalgie vortäuschen.

Lokal kann durch Druck der schmerzhafte Wurmfortsatz nachgewiesen werden mit hauptsächlicher Schmerzhaftigkeit im MacBurneyschen Punkte, auch fühlt man eine kleine Masse oder einen dicken Strang, welche eine vergrößerte Drüse oder die hypertropische Appendix sein können. Obwohl der Bauch weich bleibt und keine Muskelkontraktionen bestehen, so genügt doch eine aufmerksame Untersuchung der rechten Darmbeingrube, um eine sichere Diagnose zu stellen.

Die Behandlung kann eine hygienische und medikamentöse sein, indem die betreffenden Kinder ein möglichst ruhiges Leben führen, Ermüdungen und ermüdende Spiele vermeiden sollen, ferner muß die Diät in genauer Weise geregelt und durch eine leichte Medikation, wo notwendig, für regelmäßigen Stuhl gesorgt werden. Schwer verdauliche und gepfefferte Speisen, rohes Gemüse und rohe Früchte müssen sorgfältig vermieden werden.

Auf diese Weise kann die Krankheit durch lange Zeit in latentem Zustande gehalten und der Ausbruch des akuten Anfalles hinausgeschoben werden. Eine definitive Heilung kann aber nur auf operativem Wege erzielt werden, und man ist verpflichtet, denselben einzuschlagen, ohne den Ausbruch der akuten Appendizitis abzuwarten, sowie man eine sichere Diagnose hat stellen können. E. Toff (Braila).

E. Weill et **A. Policard** (Lyon). Étude du liquide céphalo-rachidien pathologique au moyen des colorations vitales au rouge neutre. (Archives de méd. des enfants. Juin 1910.) Die Verf. haben bei Meningitis die Zerebrospinalflüssigkeit in vitalem Zustande mit Neutralrot gefärbt und Resultate erzielt, die praktisch von einiger Wichtigkeit zu sein scheinen. Die Technik dieser Untersuchungen war kurz folgende: Handelt es sich um eitrige Flüssigkeit, so wird eine „Öse“ von derselben mit einem Tropfen isotonischer Chlornatriumlösung 1 : 1000 verdünnt und hierauf mit einem Tropfen einprozentiger Neutralrotlösung geschüttelt. Einfach trübe Flüssigkeiten werden direkt mit der Färbeflüssigkeit gemischt. Bei geringer Anzahl geformter Elemente muß die Zerebrospinalflüssigkeit vorerst zentrifugiert werden. Die mikroskopische Untersuchung wird gleich vorgenommen und soll hierbei das Deckgläschen mit einem Paraffinrand umgeben werden.

Die derart hergestellten Präparate zeigen folgende geformte Elemente:

1. Kristalle von Neutralrot. Dieselben bilden sich nur bei Kontakt des Färbemittels mit albuminoiden Lösungen und könnte ihre Zahl eventuell auf eine gewisse Zusammensetzung der Rückenmarksflüssigkeit hindeuten, doch ist darüber noch nichts Sicheres festgestellt worden.

2. Protoïsche Granulationen, die entweder von zerstörten Leukozyten, oder von einer Präzipitierung des Farbstoffes herstammen.

3. Leukozyten, welche von vielerlei Art sind, und zwar solche, die sich nicht färben, solche, die feine, gefärbte Granulationen enthalten, ferner Leukozyten mit großen gefärbten Vakuolen und endlich Leukozyten mit gefärbtem Kerne. Erstere sind lebende Zellen, von welchen es bekannt ist, daß sie keinen Farbstoff annehmen. Jene Leukozyten, welche gefärbte Granulationen enthalten, sehen die Verf. als Zellen mit verminderter Vitalität oder solche, die auf dem Wege des Zerfalles sind, an. Die gefärbten Vakuolen, die man in manchen Zellen antrifft, enthalten phagozytierte Mikrobien; dieselben färben sich hellrot, was auf einen sauren Inhalt hindeuten dürfte. Endlich beobachtet man Zellen mit gefärbtem Kerne, welche tote Zellen sind und deren Anzahl klinisch von Wichtigkeit ist, da je größer ihre Anzahl ist, um so schwerer der Krankheitsprozeß und um so schlechter die Prognose.

E. Toff (Braila).

Brunet, Deux observations de lombricose. (Zwei Beobachtungen von Lumbrikose.) (Archives médico-chirurgicales du Porton 1909, 15. Oktober.) Nach einem kurzen Hinweis auf die Häufigkeit der Helminthiasis auf dem Lande, wofür gewisse schlechte Gewohnheiten im Verkehr mit den Haustieren, besonders mit den Hunden, verantwortlich zu machen sind, geht Verf. auf die Symptome der Helminthasis ein, unter denen sich ihm drei als besonders charakteristisch erwiesen haben, die er in keinem Buch erwähnt gefunden haben will: periumbilikaler Schmerz, die Pupillenerweiterung und ein besonderer Ausdruck des Auges. Die Pupillendilatation ist fast ebenso häufig wie der periumbilikale Schmerz (der übrigens eine ganz geläufige Klage ist, Anm. d. Refer.), und gleicht ganz der durch Atropin bewirkten. Das dritte Symptom ist schwerer zu beschreiben. Auf dem Lande ist es nach den Erfahrungen des Verf. sehr gut bekannt: die Augen sind viel leuchtender, glänzender. Die vordere Kammer scheint eine stärkere Spannung als sonst zu haben, vielleicht, so erklärt es sich Verf., ein Reflex intestinalen Ursprungs, der zugleich die Pupillenerweiterung erklären soll. Von den zwei Fällen, die genauer mitgeteilt werden, bietet der erste nichts Bemerkenswertes, auch der Abgang von 50 Askariden dürfte nichts Außergewöhnliches sein. Er wird in dieser Beziehung von dem zweiten um das dreifache übertroffen: in 19 Tagen entleerte das 5 jährige Kind 152 Askariden. Als einzige Krankheitserscheinung war Gelbsucht zu verzeichnen, die zunächst als einfache katarrhalische gedeutet wurde, bis der weitere Verlauf zeigte, daß es sich um eine Gallenretention durch eine mechanische Obstruktion des Ductus choledochus durch Entozoen gehandelt haben müßte. H. Netter (Pforzheim).

Sargnon und **Rome,** Un nouveau cas de guérison d'une sténose laryngée aiguë grave non diphthéritique chez l'enfant par les injections de morphine. (La Province médicale 1909, No. 47, 21. Nov.) In einer Reihe von Artikeln haben jüngst A. Lesage, Arzt am Hospital Hérold in Paris, und M. Cléret die Aufmerksamkeit auf die günstigen Resultate gelenkt, die ihnen die Anwendung des Morphium in Form von subkutanen Injektionen bei ganz jungen Kindern und selbst bei Säuglingen bei spasmodischen Glottisaffektionen gegeben hatte. (Tribune médicale 1908, 2. April, Clinique infantile 1908, 1. Mai und Médecine infantile 1908, Juli.) Sargnon, Barlatier und Mastier haben dann einen Fall von akuter, schwerer, nicht diphtherischer Larynxstenose bei einem 14 monatigen Kinde beschrieben, bei dem sie mit vollem Erfolg eine subkutane Injektion von $^1/_3$ ccm einer Morphiumlösung 1/100 angewendet hatten. Nach 20 Minuten etwa fing das Kind an langsam sich zu beruhigen und dann einzuschlafen, nachdem es gut 5 Stunden von einem zunehmenden inspiratorischen Stridor gequält worden war, der binnen kurzem einen operativen Eingriff nötig zu machen schien. Es hatte Perioden schwerer Agitation, in denen die Atemnot sich noch steigerte und die Asphyxie eine höchst bedrohliche wurde. Wie schon gesagt, 20 Minuten nach der Injektion begann der Stridor nachzulassen. Das während der ganzen Nacht sorgfältig beobachtete Kind wachte nach 6 stündigem Schlaf ohne Einziehungen auf, wiewohl noch eine leichte Agitation

fortbestand. Kein Erbrechen, auch keine auf Morphiumintoleranz hinweisenden Symptome. Das Kind schläft wieder gegen 7 Uhr morgens ein. Um 8 1/2 Uhr erwacht, erscheint es dem Arzte sehr beruhigt, die um 4 Uhr morgens noch auf 39 Grad stehende Temperatur ist inzwischen gefallen, kein Keuchen und kein Ziehen, das Kind ist heiter. Nach einem gut verlaufenen Tag finden die Ärzte das Kind abends 6 Uhr in einem tiefen Schlaf, in den es um 3 Uhr nachmittags versunken war, bei ganz freier Atmung. Nur der Pallor faciei und die Intensität des Schlafes fallen den Ärzten auf. Im Laufe des Tages hatte sich Hunger eingestellt, den das Kind befriedigte. Die folgende Nacht verlief sehr gut, ohne eine fortgesetzte ärztliche Überwachung und am folgenden Morgen erwacht das Kind sehr ruhig, sein Zustand ist völlig normal, fieberfrei, die Atmung ganz in Ordnung. Die Untersuchung des Halses zeigte eine Abschwellung der Mandeln. Kulturell fanden sich nur Staphylokokken, einige Kokken und nur wenige Streptokokken, keine Löfflerbazillen. (La Province médicale 1908, Nr. 40, 3. Oktober.)

In der oben angezeigten Mitteilung veröffentlichen nun die beiden Lyoner Ärzte einen weiteren Fall von Heilung einer schweren, nicht diphtherischen akuten Larynxstenose bei einem allerdings älteren Kind (13 jähriges Mädchen) ebenfalls mit Morphiuminjektion. Dieser Fall ist dadurch interessant, daß das Kind eine ausgedehnte narbige Stenose des Ringknorpels hatte, herrührend von einer, 11 Jahre vorher wegen diphtherischer Larynxstenose vorgenommenen Intubation. In den darauf folgenden 3 Jahren hatte das Kind wiederholt Erstickungsanfälle, die dann allerdings mit dem 5. Jahre aufhörten, während die Atmung immer dyspnoisch und die Stimme stets etwas verschleiert blieben. Auf die Morphiuminjektion (0,01) trat alsbald eine Beruhigung ein, die nach 3 Stunden von einem neuen Erstickungsanfall mit Zyanose abgelöst wurde, der mit der Expektoration gelbgrauer Schleimmassen beendet war. Danach trat dann eine progressive Besserung ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab nur Strepto- und Staphylokokken, keine Löfflerbazillen. Verf. erwähnen zum Schluß noch eine Mitteilung von Ausset in Lille über zwei konnexe Fälle von Larynxstenose bei einem 16 monatigen resp. 27 monatigen Kind.

Weitere einschlägige Erfahrungen müssen uns erst noch zeigen, wieviel Morphiuminjektionen bei ganz kleinen Kindern mit schwerer akuter Larynxstenose anwendbar sind und ev. eine Umgehung der Intubation oder Tracheotomie gestatten. H. Netter (Pforzheim).

Robère und **Leuret,** Tumeurs calcaires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. (Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux 1909, Nr. 26.) Gegenstand dieser seltenen Beobachtung ist ein 10 jähriges Kind, dessen persönliche und Familien-Anamnese ohne Belang ist; der erste „Kalk-Tumor" erschien bei ihm in Form eines harten Knotens unter der Haut des rechten Vorderarmes, zweieinhalb Jahre zuvor. Ihre Zahl hat sich, ohne daß der Knabe darunter zu leiden schien, vermehrt. Jetzt bei der Untersuchung wird die Aufmerksamkeit sofort an den Vorderarmen in Anspruch genommen.

Rechts, auf der Innenseite, am Ellenbogen, findet man multiple

unregelmäßige Knoten von bizarren Formen, wechselnder Größe, mehr oder weniger nahe beieinander. Diese Tumoren sind aber besonders entwickelt auf der unteren Hälfte des Vorderarmes. Sie sind zahlreich, dicht aneinander grenzend oder durch anscheinend gesundes Zellgewebe voneinander getrennt, die einen vergleichbar Hirsekörnern, die andern etwas größeren Knötchen, wieder andern gleich, Platten oder Plättchen, von eigenartiger Form, mit unregelmäßigen Rändern, mehr oder minder scharfen Ecken, hart, daher resistent, und absolut das Gefühl von Kalkplatten gebend, die unter der Haut liegen. Unter diesen Tumoren sind solche, die unmittelbar unter der Haut liegen, mit der sie adhärieren und die sie zur Atrophie gebracht haben; diese Atrophie des Teguments ist ganz deutlich erkennbar an der blauen Farbe im Niveau der adhärenten Tumoren an der eigenartigen, an eine Orangenschale erinnernden Oberfläche mit unregelmäßigen Vorsprüngen und Vertiefungen. Andere wiederum sind im subkutanen Zellgewebe gelegen, völlig beweglich unter der Haut und über den tiefen Schichten. Andere endlich sind noch tiefer gelegen und scheinen mit der Aponeurose und am darunter liegenden Periost zu adhärieren.

Palpation und leichter Druck lösen keinen Schmerz aus, stärkerer Druck, Kneifen dagegen sind schmerzhaft. Die methodische Palpation des Vorderarmes, Druck an den verschiedenen, tumorfreien Stellen, ergaben absolut nichts Anormales. Der Knochen (Ulna) erscheint seinem Volumen nach nicht vermehrt, an seiner Oberfläche indes unregelmäßig, wie bei chronischer Osteitis. Der Radius ist absolut gesund. Die Veränderungen sind meist stärker am linken Vorderarm. In anderen Hautgebieten existieren die Kalktumoren nicht. An den inneren Organen keine Anomalien nachweisbar.

Auf Radiographien präsentieren sich diese Tumoren in Form eines länglichen, opaken, nicht scharf konturierten Stranges an der Innenseite der rechten Ulna, an anderen Stellen in Form von nicht sehr dunklen Flecken. Das untere Ende der rechten Ulna hat kein normales Aussehen, die hier vorhandenen Veränderungen sind analog den bei chronischer Osteitis gefundenen, außerdem zeigt der Knochen eine Verkürzung; der Bindeknorpel scheint erkrankt zu sein, die rechte Ulna ist um 1,5 cm kürzer als die linke. Die Entstehung dieser Kalktumoren, dieser „Hautsteine“ ist noch nicht aufgeklärt.

In den Fällen mit raschem progressivem Wachstum halten die Verf. die Exstirpation für angezeigt. H. Netter (Pforzheim).

Morichau-Beauchant, Hyperthermie prolongé par infection pharyngée chez un enfant. Bons effets de l'électrargol en injections sous-cutanées. (Archives médico-chirurgicales de Province 1909, 15. Febr.) 2jähriges Kind, seit 2 Tagen unter Fieber, Agitation, Anorexie erkrankt. Rachen tiefrot, hinter dem weichen Gaumen Schleimmassen. Temp. 39,6°. Man denkt an eine nasopharyngeale Infektion, verschreibt Resorzinvaselin, Chininsuppositorien usw. Indessen schwankt die Temperatur während mehr als zwei Wochen zwischen 39° und 40°. Keine weitere Lokalisation. Am 18. Dezember, dem 17. Krankheitstag subkutane Injektion von 2 ccm Elektrargol. Am folgenden Morgen 37,5°, am Abend aber wieder

40,5°. Zweite Injektion, die von einem Temperaturabfall gefolgt ist. Schließlich eine dritte Injektion, an die sich dann Heilung anschließt. — Verf. ist durchaus geneigt, den wiederholten Injektionen, die gut vertragen wurden, die Heilung zuzuschreiben. H. Netter (Pforzheim).

G. B. Allaria, Die Viskosität des Blutes der Säuglinge bei Gastroenteritis. (Riv. di Clin. ped. Nr. 2, 1910.) Die Untersuchungen der Blutviskosität erstreckten sich auf 26 Säuglinge, nämlich 4 gesunde, 13 kranke ohne Darmstörungen, 9 mit Gastroenteritis und sekundärer Atrophie. Die Blutviskosität des gesunden Säuglings ist 4 mal größer als die destillierten Wassers und doppelt so groß als die des normalen; ebenso verhält sich die Viskosität beim darmgesunden erkrankten Säugling. Die Blutviskosität des magendarmkranken oder atrophischen Säuglings ist dagegen stets höher (im Mittel um $^1/_4$ des Wertes); mit der Heilung der Krankheit kehrt die Viskosität ungefähr in ihre normalen Grenzen zurück. Der Viskositätszunahme entspricht aber eine ausgesprochene Verminderung des Gesamt-N im Blut; die Ursache der Viskositätszunahme, die trotz der Eiweißverminderung eintritt, ist auf mehrere Faktoren zu beziehen: auf die Entwässerung, auf eine Veränderung des Verhältnisses zwischen Kolloiden und Kristalloiden, auf eine Vermehrung des CO_2 und auf eine Ansammlung N-freier Abfallstoffe. M. Kaufmann.

G. Menabuoni, Über Toxinnachweis im Blute bei Diphtherie und andern Krankheiten. (Riv. di Clin. pediatr. Nr. 1, 1910). Verf. bestätigte unter Benutzung der Methodik Uffenheimers dessen Befunde (Münch. med. Woch. Nr. 33, 1906 und Nr. 52, 1907); er fand unter 16 Diphtheriekranken bei 13 Toxine im Blut (und zwar waren von 27 Einzelproben 19 positiv). Die Toxine verschwinden nach mehr oder minder langer Zeit (Maximum bei Verf. 38 Tage); das Heilserum, selbst in sehr hohen Dosen, bewirkt durchaus nicht ihr sofortiges Verschwinden. Die Spätlähmungen können noch zu einer Zeit auftreten, wo die Toxine schon nicht mehr nachweisbar sind; eine direkte Beziehung zwischen beiden besteht also nicht. Zwei sehr schwere Fälle ließen kein Toxin im Blut nachweisen, wohl weil in ihnen das Toxin fest in den Zellen verankert war. Die Brauchbarkeit der Reaktion für praktische Zwecke wird sehr eingeschränkt durch die Befunde des Verf. bei anderen Krankheiten; von 12 untersuchten Fällen gaben nämlich 7 (alles Bronchopneumonien) eine, wenn auch nicht ganz gleiche, so doch recht ähnliche Reaktion.
M. Kaufmann.

U. Nizzi, Zur Ätiologie des angeborenen Sanduhrmagens mit Hypertrophie des Pylorus und einzelner Darmpartien. (Pediatria. 1910. Nr. 1.) In dem Falle des Verf.s waren als ätiologisches Moment für die seltene Kombination entzündliche Prozesse auszuschließen; es handelte sich offenbar um Entwicklungsstörungen.
M. Kaufmann.

J. C. Schiffer, Erfahrungen über 676 Tracheotomien während der Jahre 1899—1908. (Aus dem Wilhelminen-Krankenhause in Amsterdam.) (Ned. Tydskr. v. Geneesk. 1909. Nr. 26.) In beinahe allen Fällen wurde Tracheotomia inferior ausgeführt, bei Erwachsenen

Tracheotomia superior. Die meisten Tracheotomien fanden statt bei Diphtherie, immer wurde Antidiphtherieserum (Spronck) injiziert, Narkose war selten nötig.

Wird ein Kind mit Larynxstenose eingebracht und der Puls ist noch gut, so wird ihm gleich ein warmes Bad mit kalter Übergießung gegeben, es bekommt eine Eiskravatte, und es wird Kalkwasser inhaliert, Serum injiziert. Wird der Puls kleiner, gelingt es also nicht, was in vielen Fällen glücklicherweise nicht der Fall ist, die Stenose zu vermindern, so wird die Tracheotomie vorgenommen. Bei kräftigen Kindern bleibt der Puls aber sehr lange gut, wird jedoch bisweilen schnell schlecht.

Die Sterblichkeit war im ersten halben Jahre 55,5 $^0/_0$, im 1. Lebensjahre 66, vom 1.—1 $^1/_2$ Lebensjahr 41,4, vom 1 $^1/_2$ bis 2. Jahr 28,2, vom 3.—4. Jahr 19,6, vom 4.—5. Jahr 14,4, vom 5. bis 6. Jahr 12,7, vom 6.—10. Jahr 13,8, über 10 Jahre 50. Während die Mortalität sich beim Steigen der Jahre verringert, vermehrt sie sich nach dem zehnten Lebensjahre sehr. Begreiflich ist dieses, denn der Prozeß ist um so gewaltiger, wo ein viel weiterer Luftweg verringert wird. Dreimal 24 Stunden nach der Operation wird die Kanüle geschlossen; erträgt das Kind dieses während einiger Stunden, so wird die Kanüle weggenommen. Wird die Erschließung nicht ertragen, so wird 24 Stunden später aufs neue probiert, und so weiter bis sie gelingt. Die ungünstige Prognose betreffs Kombination von Morbilli mit Diphtherie wird bestätigt. G. Ootmar.

A. Dworetzki, Über die Wirkung des Tannismut. (Wratsch. Gaset. 1909. Nr. 40.) Empfehlung des Tannismut als sehr nützliches und wertvolles Mittel bei akuten und subakuten Darmkatarrhen.

S. Rubinstein (Riga).

E. Weinstein, Über die Wirkung des Laktagol. (Therapertitscheskoje Obosrenje. 1909. Nr. 6.) Empfehlung des Laktagol, das selbst in Dosen bis 50,0 pro die unschädlich ist, für solche Fälle, wo die Muttermilch nur für 2—3 Mahlzeiten ausreicht behufs Vermeidung der künstlichen Ernährung. S. Rubinstein (Riga).

M. Abelmann, Zur Pathologie der Darmfunktionen im Kindesalter. (Russki Wratsch. 1909. Heft 25.) Während Hirschsprung annahm, daß es sich bei der nach ihm benannten „Hirschsprungschen Krankheit" um eine angeborene Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms handle, während es sich nach Concetti hierbei um eine Makrokolie mit einer angeborenen Aplasie der Muskelschicht im absteigenden Dickdarmabschnitt und im S-Romanum, verbunden mit einer Hypertrophie im Colon transversum handle, scheinen dem Autor diese Hypothesen zur Erklärung des genannten Krankheitsbildes nicht ausreichend. Auf Grund einer eigenen, ausführlich (inkl. Sektionsbericht) mitgeteilten Beobachtung sieht er die Ätiologie dieser Krankheit in einer anormalen Innervation des Darmkanals. Beim Neugeborenen und beim Kinde im frühesten Lebensalter sind die Nervenfasern des Darmkanals an einzelnen Stellen noch nicht völlig entwickelt. Das heißt, daß die Erregbarkeit der Darmnerven nicht

überall gleichmäßig stark ist. Infolgedessen werden einzelne Darmschlingen schlecht innerviert. Die Kontraktionen derselben sind mangelhaft oder sie fehlen völlig. Es resultiert eine partielle Parese des Darmkanals mit konsekutiver Erweiterung durch den Tonusverlust der Muskelwand. In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle kommt es nicht zu einer völligen Lähmung der Darmschlingen, da die Erregbarkeit bei Nerven schnell zunimmt und der normale Tonus der Darmwand sich bald wieder entwickelt. Es kamen jedoch einzelne Fälle vor, in denen die Nervenerregbarkeit lange Zeit hindurch bedeutend geringer ist, wo infolgedessen der Tonus der Darmschlinge völlig verschwindet. In solchen Fällen ist eine Lähmung der Darmschlinge mit nachfolgender Erweiterung unvermeidlich. Hierin liegt ein ätiologischer Faktor der Hirschsprungschen Krankheit.

Anschließend hieran geht der Autor auf jene Fälle von Verstopfung und Meteorismus bei 1—2 monatlichen Säuglingen, in denen die Ernährung des Kindes an der Brust streng nach allen Regeln der Pädiatrie gehandhabt wird, in denen die Milch der Mutter oder Amme ideal gut ist und wo das Kind eine stetige Gewichtszunahme aufweist. Man hat versucht diese Fälle, die eine Crux für die Eltern und den Arzt darstellen — da die Ursache des steten Schreiens und der Unruhe der Kinder nicht zu eruieren ist —, durch anatomische und topographische Besonderheiten des Darmtraktus beim Säugling zu erklären. Verf. sucht aber die Erklärung dieser Fälle in einer anormalen Innervation des Darmkanals im Säuglingsalter. Neben normal innervierten Darmschlingen gibt es solche mit schwacher Innervation, deren Peristaltik geschwächt sei. In solchen Darmschlingen stagnieren die Kotmassen und Gase, wodurch die oberhalb belegenen Darmabschnitte mit normaler Peristaltik sich noch stärker kontrahieren. Dieses Krankheitsbild erinnert an die spastische Obstipation des Erwachsenen. Alle genannten Erscheinungen verschwinden beim Säugling um die Mitte des dritten oder zu Beginn des vierten Monats, d. h. zu der Zeit, wo das Nervensystem des Darms seine vollständige Entwicklung erlangt. Therapeutisch empfiehlt Autor in solchen Fällen Massage, Tinct. nuc. vom., Klysmen mit warmem Wasser oder Provenceröl.

S. Rubinstein (Riga).

Emelianoff, Prophylaktische antiskarlatinöse Vakzinationsbeobachtungen aus der Epidemie 1907 im Gouvernement Charkow. (Wratschebnaja Gazeta. 1909. Nr. 12.) Der Erfinder des Scharlachvakzins, Gabritschewski, hat vorgeschlagen, die Kinder zum Schutze gegen Scharlach dreimal nacheinander zu vakzinieren, worauf die geimpften gegen Scharlach immun sein sollten. Emelianoff hat im ganzen 317 Kinder prophylaktisch mit antiskarlatinösem Vakzin geimpft. Von diesen wurden 39,1% Kinder einmal, 40,3% Kinder zweimal, 20,5% Kinder dreimal injiziert. Es erkrankte nur ein Kind und zwar ein dreimal geimpftes. Die Scharlacherscheinungen traten in diesem Falle zehn Tage nach der letzten Vakzination auf. Der Krankheitsverlauf war anfangs leicht, am 10. Tage kehrten die Krankheitserscheinungen wieder; diesmal nahmen sie einen schweren Verlauf. Es wurde Moserserum injiziert, trotzdem

kam es zum Exitus letalis. Unter den 30000 bis jetzt beschriebenen Vakzinationen mit antiskarlatinösem Vakzin ist es der dritte Fall einer Scharlacherkrankung nach einer dreimaligen Impfung. Vom größeren Interesse ist auch ein anderer vom Verf. beschriebener Fall. In einer Familie mit 7 Kindern wurden 4 dreimal geimpft. Diese geimpften Kinder blieben gesund, besuchten die Schule; in der Schule erkrankte auch keines von den anderen Schulkindern. Von den nicht geimpften Kindern derselben Familie erkrankten aber zwei an Scharlach.

M. Michalowicz (Warschau).

St. Kramsztyk, Zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems. (Przegląd Pedyatryczny 1909. Tom I. Heft VI. S. 569.) Verf. wandte die von Finkelstein angegebene Diät in 6 Fällen von Säuglingsekzem an. In 4 Fällen wurde eine Besserung konstatiert, doch war auch eine ausgesprochene Neigung zu Rezidiven vorhanden. In einem Falle trat die Besserung erst nach Lokalbehandlung (Tumenolammonii 5,0—10,0, Pastae zinci ad 100,0) auf. Verf. läßt die Frage offen, ob die Finkelsteinsche Diät die von Czerny vorgeschlagene Einschränkung der Kost (Milch) an Wirksamkeit übertreffe. Als Therapie schlägt Verf. folgendes vor: 1. Milch wird durch entfettete Milch, bzw. Finkelsteinsuppe ersetzt. 2. Ölumschläge bis zur Erweichung und Entfernung der Borken; bei starkem Nässen Umschläge mit essigsaurer Tonerde; nach der Eintrocknung der nässenden Stellen irgendwelche indifferente Salbe bzw. Tumenolsalbe.

M. Michalowicz (Warschau).

St. Kramswztyk, Über die Kutanreaktion bei Kindern. (Przegląd Pedyatryczny. 1910. Tom II. Heft 2 S. 38.) Verf. hat die Pirquetsche Kutanreaktion bei 443 Kindern angewendet. Seine Folgerungen decken sich mit den geltenden Anschauungen.

M. Michalowicz (Warschau).

E. Gergely, Zwei Fälle von kongenitaler Tuberkulose. (Orvosi Hetilap. 1910. Nr. 4.) Das eine Kind lebte 20, das zweite 15 Tage, beide zeigten das Bild der miliaren Tuberkulose. Die Mutter des ersten Kindes starb an miliarer Tuberkulose, Mutter des zweiten Kindes leidet an Cat. apic. dextr. G. erwähnt, daß bis 1903 nur 20 ähnliche in der Literatur beschrieben waren.

Ernö Deutsch (Budapest).

H. Kanitz, Auf embolischem Wege entstandener Fall von Lupus vulgaris. (Orvosi Hetilap. 1910. Nr. 4.) Bei einem 3 Jahre alten Kinde zeigten sich an den Prädilektionsstellen des embolischen Lupus ungefähr 150 Effloreszenzen. Beim Kinde fand man einen Cat. apic. l. dextr. und eine Caries dig. minimi lat. dextr. vor. Für das embolische Zustandekommen spricht auch das plötzliche massenhafte Auftreten der Eruption. Ernö Deutsch (Budapest).

Axel Holst und **Th. Frölich,** Über die Ursachen des Skorbuts. Weitere Untersuchungen über die antiskorbutischen Eigenschaften einzelner vegetabilischer Nahrungsmittel. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1910. Nr. 3.) Die Verff. führen den experimentellen Beweis dafür, daß die Ursache des Skorbuts in Mangel an eigentümlichen chemischen Verbindungen der Nahrung zu suchen ist. Die Natur dieser Verbindungen ist verschieden für die

verschiedenen wirksamen Antiscorbutica, z. B. scheint es möglich, daß der antiskorbutische Bestandteil des Kohlensafts von thermolabiler Natur, möglicherweise ein Enzym ist, während der antiskorbutische Bestandteil des Zitronensafts kaum ein Enzym ist, da er stundenlange Kochung verträgt. Sowohl Kohlensaft als Zitronensaft verlieren durch Dialyse durch Pergamentpapier im wesentlichen ihre antiskorbutische Fähigkeit. Die Frage von der Natur der Antiscorbutica sowohl als die Frage von der tieferen Ursache ihrer Wirkung muß noch der Gegenstand für weitere Untersuchungen werden.

Adolph Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

7. Sitzung. 11. November 1909.

1. Privatdozent Adolph H. Meyer: **Demonstration des in der 1. Sitzung vorgezeigten, jetzt geheilten Patienten mit Megakolon.** Der Vortr. hatte nach der 1. Sitzung voriges Jahr den Patient wieder in seiner Klinik aufgenommen. Nach dem Verlaufe weniger Tage hatte er spontanen Stuhl bekommen, und nach der Entlassung war er gesund geblieben. Röntgenbilder von Dezember 1908 zeigten, daß die Flexura sigmoidea kleiner geworden war, und von September 1909, daß sie jetzt beinahe normal war. Der Knabe mußte als geheilt angesehen werden. Im Anschluß an die Demonstration wurde die Ätiologie und das klinische Bild des Leidens erwähnt. Die meisten Fälle von Megakolon sind sicher erworben und haben verschiedene Ursachen, am häufigsten werden sie, wie es auch in dem vorliegenden Fall anzunehmen war, von einer Knickung der langen Flexur verursacht. Die wenigsten Fälle waren angeboren und auf einer Mißbildung, einer Dilatation der Flexur, beruhend. Bei den angeborenen Fällen, deren Prognose im ganzen schlecht war, mußte die Behandlung operativ sein, bei den erworbenen war eine palliative Behandlung, wie in dem vorliegenden Fall, bis zu dem Alter von 6—7 Jahren angezeigt; zu dieser Zeit wird normal das Gekröse des S Romanum verkürzt, wodurch die Flexur gerade gezogen wird und Heilung eintreten kann; wenn das Leiden jenseits dieses Alters dauert, muß Operation, entweder Colopexie, Resektion oder Enteroanastomose vorgenommen werden.

Privatdozent C. E. Bloch hatte eben gestern einen Fall bei einem Brustkind beobachtet. Es war ohne Arme geboren und wurde kurz nach der Geburt operiert. Die ersten 3—4 Monate war alles normal. Dann hatten Ulzerationen mit leichter Strukturbildung sich im unteren Teil des Mastdarms entwickelt, im Anschluß daran eine schwere Obstipation mit Dilatation des unteren Teils des Dickdarms.

2. Assistent Bech: **Demonstration von 3 Kindern mit verschiedenen Nervenkrankheiten.** Es handelte sich um 3 Patienten, die in dem Kinderhospital Königin Louise aufgenommen waren; in keinem der Fälle war eine ganz sichere Diagnose aufgestellt; alle 3 Patienten konnten vermeintlich an zerebraler Kinderparalyse zu leiden angesehen werden.

Diskussion: Privatdozent C. E. Bloch fand, daß der erste Fall der diffusen Hornsklerose ähnlich war. Viele Fälle von diffuser Hornsklerose wurden als zerebrale Kinderparalyse diagnostiziert. Man kann die Fälle in zwei Gruppen einteilen, je nachdem Intelligenzdeffekt vorhanden ist oder nicht.

Oberarzt Monrad war mit Bloch nicht einig, daß die Intelligenzschwächung als sonderndes Kriterium bei diesen Leiden brauchbar war. Intelligenzschwächung war eben in allen diesen Fällen vorhanden; es handelte sich um dieselbe Krankheit, die mit verschiedenen Krankheitsbildern auftreten konnte, so daß bald die psychischen, bald die motorischen Erscheinungen hervortretend waren. Auch

die Littlesche Krankheit ist nur als eine zerebrale Paralyse mit besonderen Spasmen der Adductores femorum anzusehen. Roborierende Behandlung, warme Bäder, energische Massage und passive Bewegungen konnten die Prognose verbessern.

Dr. Lendrop. Die Intelligenz war in vielen dieser Fälle gut. Er empfahl Muskel- und Sehnenoperationen bei den spastischen Erscheinungen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Gemeinschaftliche Sitzung der niederländischen, südwestdeutschen und rheinisch-westfälischen Kinderärzte.

Köln, 10. April 1910.

(Nach Deutsch. med. Wochenschrift.)

Unter den Demonstrationen verdienen hervorgehoben zu werden die Vorführung eines Falles von **Methämoglobinurie** bei einem 17 Tage alten Kinde durch Herrn Heidenheim (Köln), für die weder die chemische Untersuchung der Nahrungsmittel auf Kali chloric. oder dergleichen, noch die Blutuntersuchung auf septische Ursache ein Resultat ergab. Das Kind zeigte tiefbraune Hautfarbe, livide Färbung der Schleimhaut und spektroskopisch im Harn Methämoglobin. — Diskussion: Hymans van den Bergh (Rotterdam) führte die Nitrite im Darmkanal als mutmaßliche Ätiologie an.

Siegert (Köln): a) Demonstration sämtlicher Formen von **Zwergwuchs** der Kinder. Er zeigte dabei klinisch die Athyreosis, Dysthyreosis, mogoloide Idiotie, Chondrodystrophie, Osteospathyrosis vera und rachitica in einer Anzahl schöner Exemplare und führte dabei die röntgenographisch gewonnenen Knochenbilder vor, auf die Differenzen bei den einzelnen Formen des Zwergwuchses hinweisend. — b) 4 Monate altes rachitisches Brustkind. — Meyer (Köln): Völlige, frühzeitige Fixation bei der **spinalen Kinderlähmung**. — Würz (Köln): **Thrombose der Nierenvenen** beim 15 tägigen Kinde. — Mallinkrot (Elberfeld): **Vitiligo infolge von Schreck** beim 6jährigen Kinde.

H. Koeppe (Gießen): **Über einige Grundbegriffe der physikalischen Chemie und die Wandlung unserer Anschauungen über die Bedeutung der anorganischen Salze.** Nach der alten Anschauung hatten die anorganischen Salze nur Bedeutung als Ersatzmittel für verlorene Körperbestandteile, sie dienen nicht als Kraftquelle. Nach vant' Hoffs Theorie der Lösungen kommt den Salzlösungen eine gewisse Energie zu, die als osmotischer Druck bezeichnet wird, infolge deren sie Arbeitsquellen darstellen, Arbeit leisten können, die in Bewegungs- und Druckerscheinungen auftritt. Nach den Gesetzen des osmotischen Drucks vollziehen sich im Organismus diese Erscheinungen, bei denen sogen. halbdurchlässige Membranen eine große Rolle spielen, insofern als sie u. a. die Richtung bestimmen, in der sowohl die Bewegung des Wassers wie der Salzmoleküle zu erfolgen hat. Nach früherer Angabe durchlaufen zweitens die unorganischen Salze den Organismus ohne Wechsel ihrer Atomgruppierung. Die physikalische Chemie zeigt, daß nach der Theorie der elektrischen Dissoziation der Salze von Arrhenius in wäßrigen Lösungen die anorganischen Salze in ihre Ionen gespalten sind, und je nach den semipermeablen Wänden im Organismus keine gleichnamigen Ionen sich austauschen, weshalb die Ionen eines Salzes durchaus nicht immer gemeinsam den Organismus zu durchlaufen brauchen. Wichtig ist weiter die Erkenntnis, daß die alten Aschenanalysen nicht den wahren Salzgehalt angeben und aus der Aschenanalyse sich nicht der Salzgehalt ableiten läßt, auch nicht der Gehalt an Ionen. Ein praktischer Wert dieser Auffassung ergibt sich aus Untersuchungen, nachdem bei zwei Ernährungsarten mit gleichem Aschegehalt die Ausscheidung der Asche verschieden war. Obwohl Kuhvollmilch und Buttermilchgemisch (H. S.) fast denselben Aschegehalt haben, wurde doch bei den bis jetzt untersuchten Fällen bei der Vollmilchernährung mehr Phosphorsäure durch den Harn ausgeschieden als bei H. S.-Ernährung. Als Ursache dieses Verhaltens wird der Unterschied der Salze bei beiden Ernährungsarten in Betracht zu ziehen sein, insofern als in der Vollmilch die Mineralbestandteile zum größten Teil in mehr oder

weniger fester organischer Bindung — physikalisch-chemisch in vertraler Form — vorhanden sind, in der H. S. dagegen in Ionenform.

Plantenga (s'Gravenhage) konnte bei der **Ernährung ernährungskranker Kinder** einen Unterschied zwischen der Verwendung roher und gekochter Kuhmilch in gleicher Menge und Mischung nicht finden. Daß gekochte Kuhmilch, lange verabfolgt, Barlowsche Krankheit verursache, konnte durch verschiedene vergleichende Feststellungen nicht mit Sicherheit erwiesen werden, dagegen ist er der Überzeugung, daß sehr lange aufbewahrte und mehrfach erhitzte Milch möglicherweise derartige Störungen hervorrufe.

Huet (s'Gravenhage) empfiehlt **Buttermilch** bei debilen, gesunden Kindern und chronisch ernährungskranken Kindern. Bei akuten Störungen schwerer Art sei sie zu widerraten. Bei längerer Verabfolgung treten oft Ernährungsstörungen bei guter Darmverdauung auf, die mit den bei Milchnahrung im späteren Säuglingsalter auftretenden gleichwertig sind.

Scheltema (Gröningen) zeigt einige Röntgenaufnahmen von Kindern, denen ein Schlauch durch die Nase in den Darm eingeführt war, und wo durch die Peristaltik das Ende des Schlauches durch den Pylorus getrieben wurde. Er benutzt diese „Permeation des Pylorus“ zur **Eingießung von Arzneimitteln in den Darm** (z. B. Bandwurmmittel). In einem Falle konnte der Schlauch nicht mehr aus dem Pylorus zurückgezogen werden. Er wurde durch die Peristaltik schließlich per anum wieder entleert. Scheltema demonstriert ein Röntgenbild, bei dem ein Schlauch durch die Nase eingeführt, in vielfachen Windungen die Bauchhöhle durchlaufen hat und schließlich am After wieder herauskommt.

Graanboom (Amsterdam) kontrollierte die **Stilldauer** bei **an der Brust ernährungskrank gewordenen Kindern.** Er fand dabei, daß bei ausschließlicher Brusternährung 9,4 Wochen, wovon 4,2 reine Brustnahrung möglich war. Bei Allaitement mixte war die Stillung noch 11,7 Wochen möglich. Bei ganz jungen Säuglingen (unter 4 Wochen) waren die Mütter in der Regel weniger lang stillfähig wie bei älteren. Graanboom konnte nicht feststellen, ob durch die Kontrolle der Fürsorgestelle eine Verlängerung der Stilldauer erreicht wurde. Er ermahnt zur Feststellung der durchschnittlichen Stilldauer überhaupt.

Warburg (Köln) spricht über **kongenitale Wortbildung** im Anschluß an einen von ihm beobachteten Fall eines sonst völlig gesunden Kindes. Es war 10 Jahre alt und sprach tadellos. Gedichte, auswendig gelernt, werden richtig wiedergegeben. Zahlen werden richtig niedergeschrieben. Keine Apraxie, keine Sehstörung. Abschreiben (d. h. Nachmalen) gut. Die einzelnen Buchstaben werden entstellt, oft unkenntlich niedergeschrieben, wenn nicht nachgemalt, sondern nach Vorsagen geschrieben. Bild wird Beider geschrieben usw. Ist ihm die Schreibweise eines Wortes mühsam beigebracht, so ist nach einer Viertelstunde wieder alles dem Gedächtnis entschwunden. Warburg bespricht im Anschluß daran die in der Literatur niedergelegten Fälle.

Hoffa (Barmen) spricht über die Erfolge der **Anstaltspflege von gesunden und kranken Säuglingen.** Die neuerdings gefällten absprechenden Urteile über die Erfolge der Anstaltspflege seien nicht genügend begründet. Vorbedingung für gute Erfolge seien 1. hygienische Einrichtungen der Anstalt, 2. genügende pädiatrische Vorbildung des ärztlichen Leiters, 3. Möglichkeit der natürlichen Ernährung, 4. gebildetes Pflegepersonal. Unter diesen Bedingungen sei der „Hospitalismus“ vermeidbar. Auch die künstliche Ernährung gebe nicht schlechtere Resultate als in der Einzelpflege.

Die Versammlung soll im nächsten Jahre mit umfangreicherer Tagesordnung in Holland wiederholt werden.

II. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz.

München, 20. und 21. Mai 1910.

(Nach der Deutsch. med. Wochenschrift.)

I. Säuglingsschutz und Reichsversicherungsordnung.

Einführung. Staatsminister Braun (Darmstadt): Die Hessische Regierung hat die Verbesserungen des ersten Entwurfs der RVO. nicht als hinreichend angesehen und bei dem Bundesrat daher weitere Änderungen beantragt: Vor allem

obligatorische Einführung eines Stillgeldes. Der zweite Entwurf sieht ein Stillgeld, wenn auch nur als fakultative Kassenleistung, vor.

Referat. Schlossmann (Düsseldorf): Der zweite Entwurf einer RVO. ist das erste deutsche Gesetz, in dem das Wort „Stillgeld" enthalten ist. § 213 lautet: „Die Satzung kann Wöchnerinnen der in § 210 Abs. 1 bezeichneten Art, solange sie die Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft gewähren." Stillgeld und das der Wöchnerin zustehende Krankengeld wird etwa 1,50 Mk. täglich betragen. Dies Geld erhält die Wöchnerin während der ersten 6 Wochen nach der Entbindung, danach noch auf weitere 6 Wochen das Stillgeld allein, etwa 50 Pf. täglich. Die den Kassen als fakultativ empfohlenen Leistungen sind nichts anderes als Dekorationsstücke. Ob diese Leistung eingeführt werden soll oder nicht, darüber hat der Kassenvorstand zu entscheiden. Der aber besteht fast ausschließlich aus Männern, die kein rechtes Urteil über die Not der Frauen und Mütter haben. Die Frauen müssen bei den Wahlen zum Kassenvorstand ihre Pflicht tun und für genügende Vertretung der weiblichen Interessen Sorge tragen. Der Entwurf fordert ausdrücklich nur Kassen „in günstigen Verhältnissen" zur Einführung fakultativer Leistungen auf. Welche Kasse aber wird ihre finanzielle Lage selbst als günstig bezeichnen?

Korreferat. Regierungsrat Pistor (Darmstadt): Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz hat folgende Vorschläge zur Reichsversicherungsordnung gemacht: I. Als Wochenhilfe muß obligatorisch (unter den bekannten Voraussetzungen) gewährt werden: 1. Ein Wochengeld in der Höhe des Krankengeldes für 8 Wochen (von denen mindestens 6 auf die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen) (§ 232 des Entwurfs). 2. Die erforderlichen Hebammendienste und ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden (§ 234, Abs. 2 des Entwurfs). 3. Eine Schwangerschaftsunterstützung bei Arbeitsunfähigkeit der Schwangeren im Betrage des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen (die auf das Wochengeld vor der Niederkunft angerechnet werden kann.) (§ 234, Abs. 1 des Entwurfs.) 4. Ein Stillgeld in Höhe des Krankengeldes, das neben dem Wochengelde bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft an Wöchnerinnen der bezeichneten Art zu zahlen ist, solange sie ihre Neugeborenen stillen. Der Betrag des Stillgeldes ist entsprechend zu kürzen, wenn Wochengeld und Stillgeld zusammen den Betrag des Grundlohns überschreiten. II. Als Wochenhilfe kann fakultativ die Satzung gewähren: 1. Stellung einer Hauspflegerin (deren Vergütung von der Hälfte des Stillgeldes bis zur Dauer von 21 Tagen in Abzug gebracht werden kann). 2. Unterbringung der Schwangeren oder der Wöchnerin mit ihrer Zustimmung in einer unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt (Schwangerenheim, Entbindungsanstalt, Wöchnerinnenheim) unter analoger Anwendung der Vorschrift über Angehörigen-Unterstützung bei Krankenhauspflege. Während der Unterbringung in der Anstalt ruht die übrige Wochenhilfe mit Ausnahme von Stellung einer Hauspflegerin. 3. Freie oder leihweise Lieferung der bei der Entbindung erforderlichen Wäsche und Bettstücke, Unterlagen, Binden u. dgl. in sterilisiertem Zustande. 4. Säuglingsunterstützung (freie ärztliche Beratung der Mütter, Stillunterstützung an stillende Mütter in Form von Milch, Lebensmitteln oder Stillgeldern über die vorgeschriebene Zeit hinaus; Abgabe von Säuglingsmilch auf ärztliche Verordnung; pflegerische Überwachung der Säuglinge). 5. Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten (§ 239, Abs. 1, Ziffer 2 des Entwurfs). Die Kosten, die durch die hier verlangten obligatorischen Mehrleistungen entständen, sind im Vergleich zu dem, was damit erreicht werden kann und mit Rücksicht darauf, daß sie auf die Dauer zu geringeren Ausgaben der Krankenkassen führen werden, gering. Sie betragen für das Stillgeld 90 Pf. pro Kopf der Versicherten; für die erforderlichen Hebammendienste und „ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden" 40 Pf. pro Kopf der Versicherten; für die bereits vom Entwurf geforderte Mehrleistung (2 Wochen Wochengeld) 17 Pf. Dazu käme ein Betrag für Schwangerschaftsunterstützung, der im günstigen Falle 30 Pf. pro Kopf nicht überschreiten kann. Setzt man in diese Rechnung noch 20 Pf. pro Kopf für allgemeine Unkosten und nicht Vorhergesehenes ein, so erhält man 2 Mk. pro Kopf für die im Entwurf und von uns vorgeschlagenen obligatorischen Mehrleistungen. Da von den 13473 Zwangskassen etwa 2600 bis 2% und etwa 7400 nur 2—3% der Löhne als Beitrag beanspruchen und der Durchschnittsbeitrag dieser Kassen etwa 27 bis

28 Mk. beträgt, so wird es sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Kassen um eine Erhöhung der Beiträge von höchstens $^1/_4$—$^1/_3$ % der Löhne handeln. Diese Zahlen gewinnen an Bedeutung, wenn man weiß, daß die in Rede stehenden Zwangskassen von den 274 Millionen aller Krankheitskosten etwa 235 Millionen aufbringen.

Diskussion. Frau Schönfliess (München): Die bayerische Landeszentrale für Säuglingsschutz ist mit den Vorschlägen des Referenten völlig einverstanden, Nur möchte sie noch die Wochenbettunterstützung für Ehefrauen versicherungspflichtiger Männer obligatorisch machen; dadurch werden sich die Leitungskosten nur um $^1/_4$ % erhöhen. Persönlich möchte sie noch die obligatorische Einführung der Familienversicherung empfehlen. — Landrat Rademacher (Westenburg): Besonders für das Land, wo die freiwillige Versicherung ganz unzulänglich ist, muß auf gesetzliche Festlegung aller notwendigen Leistungen gedrungen werden. — Sieveking (Hamburg): Die jetzt schon vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten werden von den Frauen nicht genügend ausgenutzt, so z. B. die von den Hamburger Ortskrankenkassen eingeführte Wöchnerinnenunterstützung. — Scholl (München): Die Einführung der Familienversicherung ist dringend nötig; sie soll nicht so sehr in Geldunterstützungen als vielmehr in freier Pflege und freier ärztlicher Behandlung bestehen. Besonders für das Land wird sie von Segen sein. Wie Beispiele beweisen, sind die Kosten leicht aufzubringen. Ungarn hat bereits die obligatorische Familienversicherung durchgeführt. — Frau Ammann (München) fordert die Erhöhung des Krankengeldes auf $^3/_4$ des Grundlohnes, weiter obligatorische Gewährung von Hebammendiensten. Notwendig sind weiter Kassenkontrolleure, die über die zweckmäßige Verwendung des Krankengeldes wachen. — Stadtrat Hoffmann (Leipzig): Die finanzielle Belastung der Städte für soziale Zwecke hat ihre obere Grenze erreicht, obwohl sich die Säuglingsfürsorge noch in ihren Anfängen befindet. Auch deshalb ist die Versicherungsgesetzgebung nötig, die den Kommunen die Lasten abnimmt. Die Stillprämien sind ein unerläßliches Lockmittel für den Besuch der Fürsorgestellen. Wenn sie in Fortfall kommen, so werden die Fürsorgestellen nicht mehr frequentiert werden. Wichtig sei es auch, die zweckmäßige Verwendung des Stillgeldes zu kontrollieren. Er beantrage daher als Amendement zu den Forderungen der Referenten, daß die Zahlung des Stillgeldes der Krankenkasse an den Besuch der Fürsorgestellen gebunden ist. — Tugendreich (Berlin): Die an sich wünschenswerte Einführung des Stillgeldes in die RVO. wird zweifellos den schweren Nachteil haben, daß durch sie den Säuglingsfürsorgestellen die Lebensader unterbunden werde. Die Frequenz der Fürsorgestellen ist völlig abhängig von der Gewährung der Stillprämien. Es wird gesagt, daß die Fürsorgestellen keine dauernde Existenzberechtigung hätten. Das gebe er zu, aber sicher ist, daß sie vorläufig noch das vielleicht wertvollste Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit darstellten. Die Schwierigkeiten, die sich der Durchführung der Hoffmannschen Forderung entgegenstellen, verkenne er nicht. Noch sind die Fürsorgestellen nicht überall vorhanden und es würde nicht überall möglich sein, den Hoffmannschen Vorschlag zu realisieren. Es zeigt sich eben auch hier, daß die RVO. für die Zwecke der Säuglingsfürsorge zu früh gekommen sei. Dennoch schließt er sich den Vorschlägen des Vorredners an, denen eine allgemeinere Fassung zu geben wäre.

II. Reichsammengesetz.

Referat. Keller (Charlottenburg): In Deutschland hat bisher nur ein Staat, Hamburg, eine Ammenordnung erlassen; Hamburg besitzt einen beamteten Ammenarzt. Doch wird in dieser Ordnung ganz einseitig das Interesse der Herrschaft berücksichtigt, während sie der Amme und ihrem Kind keinen Schutz gewährt. Eine Ammenordnung, die die Interessen beider Parteien berücksichtigt, wird am besten die private Ammenvermittlung ganz verbieten und sie, nach Schlossmanns Vorgang, den Säuglingsasylen übertragen. Die Vermittelung durch das Asyl bietet erhebliche Vorteile. Im Asyl läßt sich am besten ein sicheres Urteil über die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Amme gewinnen. Besonders auch die Frage, ob die Amme frei von Syphilis ist, kann hier entschieden werden. Die Anstalt besitzt auch die nötige Autorität, um die Amme nur unter Bedingungen fortzugeben, die auch ihr selbst und ihrem Kinde hinreichenden Schutz gewähren. Es ist aber nicht genügend, wenn an

einzelnen Orten solche Ammenordnungen bestehen, da sie dann leicht umgangen werden können, nötig ist vielmehr ein Reichsammengesetz, wie es von Schlossmann bereits entworfen ist. Ein solches Gesetz muß also Herrschaft und Amme in gleicher Weise berücksichtigen: Die Amme muß gesund und stillfähig sein. Die Amme muß gegen Infektion durch das Herrschaftskind geschützt werden. Daher muß die Herrschaft ein Attest des Hausarztes über ihren Gesundheitszustand beibringen. Es muß gewünscht werden, daß das Ammenkind wieder Aufnahme in die Familie findet. Unter allen Umständen aber muß das Gesetz bestimmen, daß eine Mutter nur dann als Amme sich verdingen darf, wenn sie ihr Kind bereits 3 Monate gestillt hat. Dieser Zeitraum ist auch erwünscht zur Sicherung der Syphilisdiagnose. Sodann muß ein sorgfältiges Abstillen des Ammenkindes gefordert werden. Jetzt ist die Sterblichkeit des Ammenkindes sehr groß. Das Ammenkind soll, wenn es nicht von der Herrschaft aufgenommen wird, in Einzelpflege gegeben werden, aber unter ständiger Aufsicht des Asyls bleiben, das auch die Vormundschaft führen soll. Das Pflegegeld für das Ammenkind soll die Herrschaft vom Ammensold abziehen und direkt an das Asyl schicken. Eine Kündigungsfrist besteht heute gewöhnlich nicht für Ammen. Das Gesetz hätte auch diese vorzusehen. Speziell für verheiratete Ammen werden diese Vorschläge einiger Ergänzungen bedürfen; doch kommen in Deutschland hauptsächlich alleinstehende Ammen in Betracht. Ein Reichsammengesetz müßte also folgende Kardinalverordnungen enthalten. 1. Die Ammenvermittlung geschieht durch staatlich konzessionierte Anstalten, die die Kandidatin mit ihrem Kinde aufnehmen und Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Amme feststellen. 2. Die Herrschaft muß ein ärztliches Gutachten über ihre Gesundheit beibringen. 3. Das Ammenkind muß mindestens drei Monate gestillt sein, bevor die Mutter Ammendienste annehmen kann. 4. Die Anstalt übernimmt Aufsicht und Vormundschaft über das Ammenkind für 2 Jahre. Die Anstalten müssen der Aufsichtsbehörde regelmäßig Berichte über das Ammenkind einschicken.

Korreferat. Staatsanwalt Burckhardt (München): Ein Verbot privater Ammenvermittlung ist nur durch Reichsgesetz zu erreichen, da sie die Reichsgewerbeordnung freigibt. Dies müßte bestimmen: 1. Die Vermittlung darf nur durch Heime erfolgen. Als Vermittlung gilt auch Nachweis offener Stellen. 2. Die Umgehung dieser Vorschrift wird bestraft. 3. Die Vermittlungsheime müssen jede Mutter, die Amme werden will, mit ihrem Kinde unentgeltlich aufnehmen. 4. Die Amme enthält ein Ammenzeugnis von dem Heim, das über Stillfähigkeit, Gesundheit und Alter des Ammenkindes Angaben macht.

Diskussion. Rietschel (Dresden): Die praktische Durchführung der Keller-Burckhardtschen Vorschläge ist sehr schwierig. Dem Arzt bürden sie eine Verantwortung auf, die dieser nicht übernehmen kann. Wie soll der Arzt z. B. eine Verantwortung dafür tragen, daß die Amme tuberkulosefrei ist? Die Syphilis ist nach seinen Erfahrungen unter den Ammen sehr verbreitet; nicht weniger als 10% der ins Dresdener Säuglingsheim eingetretenen Mütter sind syphilitisch. Die vorgeschlagene Vermittlung durch Asyle ist äußerst kostspielig. Im Dresdener Heim kosten die Ammen dreimal soviel, als durch die Vermittlungsgebühr einkommt. Die Reform hätte vielleicht nur den — guten — Erfolg, daß der Ammenbetrieb nachließe. — Taube (Leipzig): Das Ammenkind soll in die Familie aufgenommen werden. In Leipzig hat sich dieser Modus gut eingeführt. Auch die Berufsvormundschaft hat sich als nützlich für das Ammenkind erwiesen. In Leipzig werden die Haltefrauen übrigens erst nach der Annahme des Kindes konzessioniert, ein Vorgehen, das große Vorteile bietet. Am besten wäre es, wenn es überhaupt keine Ammen gäbe, und es scheint auch, als ob der Ammenstand im Aussterben begriffen sei. In Amerika existieren keine Ammen mehr. Zur Verdrängung der Ammen sind auch die sogenannten „Stillfrauen“ zu empfehlen, gesunde und dem Arzt bekannte Frauen, die einigemale täglich ins Haus der Herrschaft gehen und dort stillen, ohne dem eigenen Kind die Brustnahrung völlig zu entziehen. — Rommel (München): Das Ammenwesen ist ein sozial-medizinisches Übel. Auch er glaube, daß die Asyle durch die Ammenvermittlung finanziell ungebührlich belastet würden, selbst wenn man die Vermittlungsgebühr auf 100 Mk. erhöhte. Die Mitnahme des Ammenkindes in die Familie gelang ihm nur in etwa 10% durchzusetzen. Der Ermietung einer Amme ist die Aufnahme des Herrschaftskindes in ein mit Ammen versehenes Asyl vorzuziehen. Das Institut der Stillfrau ist empfehlenswert. — Keller (Schlußwort): Die unentgelt-

liche Aufnahme jeder Ammenkandidatin mit ihrem Kind in ein Heim ist nicht durchführbar. Die Syphilisreaktion soll für Ammen obligatorisch gemacht werden; es wäre erwünscht, wenn alle Anstalten die Ammen im laufenden Jahre mit dieser Reaktion prüften und dann über die Resultate berichteten. Eine absolute Verantwortung kann natürlich der Arzt nicht übernehmen. Die Unkosten der Vermittlung durch das Asyl sind nicht so erheblich als einige Vorredner meinten; diese haben nicht berücksichtigt, daß die Amme dem Asyl doch auch Dienste leiste während ihres Aufenthaltes. Auch er halte das Ammenwesen für ein Übel; aber noch sei die Erforschung der künstlichen Ernährung nicht so weit gediehen, daß man die Ammen ganz entbehren könne. — Staatsanwalt Burckhardt (Schlußwort): Die rechtliche Regelung der Materie ist sehr schwierig, weil sie entschiedene Rechtskreise kreuzt (Privat-, öffentliches Recht usw.). Der Arzt braucht eine absolute Verantwortung nicht zu tragen: er haftet nur für Verschulden; ultra posse nemo obligatur. Die Minimalforderung lautet: Im Interesse der wirksamen Bekämpfung ansteckender Krankheiten und der sonstigen großen Gefahren, die die private Ammenvermittlung für Herrschaft, Amme und Ammenkind mit sich bringt, ist der Grundsatz der Gewerbefreiheit für die Ammenvermittlung aufzuheben; die Regierung wird aufgefordert, ihr Augenwerk auf das Ammenwesen zu richten. — Kabinettsrat v. Behr-Pinnow (Berlin) empfiehlt diese Sätze anzunehmen und die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz zu beauftragen, sie in Form einer Petition dem Reichstag als Material zu unterbreiten.

III. Säuglingsfürsorge auf dem Lande, insbesondere Mitwirkung der Ärzte und Hebammen bei Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

. Referat. Dörfler (Weißenburg i. B.): Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit muß auch auf das Land ausgedehnt werden, wo sie nach einer Statistik von Groth und Hahn erheblich größer ist als in den regional zugehörigen Städten. Die Hauptursachen der ländlichen Säuglingssterblichkeit sind Ernährungsfehler und die Stumpfheit der Mütter. Wo gestillt wird, wie z. B. in der Pfalz, ist auch die Sterblichkeit gering und umgekehrt. Die „Fürsorge auf dem Lande" läßt sich getrennt darstellen nach der in den kleinen Städten und auf dem flachen Lande. Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in kleinen Städten ist vor allem die Stillpropaganda nötig. Diese kann am wirksamsten von den Hebammen betrieben werden. Der Amtsarzt muß auf die Hebammen in diesem Sinne einwirken. Als nützlich haben sich hierbei Hebammenprämien erwiesen (50 Pf. nach vierwöchentlichem Stillen). Auch in kleinen Städten sollen Fürsorgestellen vorhanden sein, denen jede Geburt sogleich gemeldet wird. Spätestens 48 Stunden nach der Geburt besucht eine Aufsichtsdame die Wöchnerin und händigt ihr nach mündlicher Belehrung ein Merkblatt ein. An der Säuglingsfürsorge sind alle Ärzte zu interessieren, schon damit sie tüchtige Kenner der Säuglingskunde werden. Daher nehmen alle Ärzte an der Belehrung und Beaufsichtigung der Mütter teil. Um Widersprüche in den Ratschlägen der Ärzte zu verhüten, werden alle Ärzte auf ein Merkblatt verpflichtet. Die öffentliche Sprechstunde soll aber nicht in den Wohnungen der Ärzte stattfinden, sondern in einem öffentlichen Lokal. Die Frequenz der Beratungsstellen hängt ab von der Gewährung von Stillprämien. Die Vortrefflichkeit der Stillprämie ist durch Umfrage von den bayrischen Amtsärzten bestätigt worden. Wenn auch in größeren Städten die Milchküchen sich nicht sehr bewährt haben, so sind sie für kleinere Städte nicht zu entbehren. Übertriebene Anforderungen braucht man an die Milch nicht zu stellen. Für sechs bis acht trinkfertige Flaschen betrage der Preis 18—20 Pf. Gratislieferung sei in Ausnahmefällen zu gestatten. Die Einführung der Berufsvormundschaft, Ordnung des Ziehkinderwesens, Errichtung von Anstalten für kranke Säuglinge, Verbesserung der Wohnverhältnisse seien gleichfalls notwendig. Die Hauptlasten muß der Staat tragen, in zweiter Linie die Gemeinden, die Fabrikherren usw. Sehr empfehlenswert ist die Gründung von Vereinen für Säuglingsfürsorge. Weißenburg hat nach dem Einsetzen der Säuglingsfürsorge in einem Jahr seine Säuglingssterblichkeit von 27 auf 12% herabgedrückt. Auf dem flachen Land ist als Hauptursache der Säuglingssterblichkeit gleichfalls die Verbreitung der künstlichen Ernährung festgestellt. Die schematische Übertragung der in den Städten vorhandenen Fürsorgeeinrichtungen auf das flache Land ist nicht angängig. Der Bauer kennt keine altruistischen Gefühle, daher ist ein kräftiger Anstoß von außen erforderlich. Die Stillpropaganda steht auch

auf dem Lande im Vordergrunde. Hebammen, Ärzte, Frauenvereine, Geistliche, Lehrer, Merkblätter sind in ihren Dienst zu stellen. Stillprämien haben auf dem Lande keine Berechtigung, da die Frauen meist Zeit zum Stillen haben. Auch Beratungsstellen sind für das Land nicht brauchbar. Von Wichtigkeit ist die Verbesserung und Verschärfung der gerade auf dem Lande nachlässig betriebenen Leichenschau. Zu empfehlen sind: Einteilung eines Sprengels in Fürsorgebezirke, in deren jedem sich eine Hebamme befindet, die die Kontrolle über die Säuglinge ausübt. Wo eine Hebamme fehlt, muß eine andere vertrauenswürdige Person an ihre Stelle treten. Die Hebammen müssen über die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge ihres Bezirks Tabelle führen. Für die Mehrarbeit erhält die Hebamme 15—20 Mk. jährlich. Für die künstliche Ernährung empfiehlt sich in jedem Fürsorgebezirk die Beschaffung eines Milchkochgefäßes für etwa 12 Flaschen, dessen Preis etwa 10—12 Mk. beträgt. Von jedem Todesfall eines Säuglings ist innerhalb 24 Stunden dem Bürgermeister oder Bezirksamt Meldung zu machen, falls das Kind nicht in ärztlicher Behandlung gewesen war. Die Ursache jedes Todesfalls muß genau festgestellt werden; wo pflichtwidrige Vernachlässigung festgestellt wird, muß eingeschritten werden. Der Staat müßte zur Durchführung dieser Vorschläge jeder Gemeinde etwa 40 Mk. jährlich überweisen; für die 6000 Landgemeinden Bayerns also 240000 Mk.

Korreferat. Landrat Rademacher (Westernburg): Die Fürsorgemaßnahmen des Landes sind nicht so sinnfällig und ausgesprochen wie in der Stadt. Viele Faktoren sind zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nötig und zweckmäßig: Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und der Ernährungsverhältnisse, Wohnungshygiene, Entwässerung, Wasserversorgung, Desinfektion, Straßenreinigung, hauswirtschaftliche Unterweisung der Mädchen: also: Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch Hebung der Volksgesundheit. Zur Feststellung der vorhandenen Zustände ist die Statistik heranzuziehen. Im Kreise Westernburg wurde durch eine mit Hilfe der Hebammen aufgemachte Statistik festgestellt, daß nur 9,5 % der Säuglinge künstlich genährt werden, doch erhielten viele Brustkinder zweckwidrige Beikost. Den Hebammen fällt überhaupt auf dem Lande eine große Bedeutung bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zu, weil 95 % aller Geburten ohne ärztliche Hilfe stattfinden. Es hat sich des weiteren die Anstellung eines Chemikers für die Nahrungsmittelkontrolle im Kreise als sehr nützlich erwiesen. Dem Molkereiwesen auf dem Lande ist größere Beachtung zu schenken. Recht im Argen liegt die Körperpflege. Der Säugling wird nur selten gebadet. In der sogenannten „Margaretenspende" (Wanderkörben) sollten auch Badewannen vorhanden sein; auch sollte jede ländliche Gemeinde eine Kinderwanne besitzen, die der Hebamme unterstellt werden soll. Die Wochenbettpflege liegt auf dem Lande sehr im Argen; schuld daran haben großenteils die traurigen Hebammenverhältnisse. In Hessen-Nassau gibt es nur Bezirkshebammen, keine freipraktizierenden. Die Besoldung der Hebammen muß verbessert werden, und Hebammenvereine sind zu begründen.

Diskussion. Eidams (Gunzenhausen) bespricht die Erfolge der von ihm eingeleiteten Belehrung und Stillpropaganda. — Salge (Freiburg i. Br.): Milchküchen ohne Beratungsstellen haben gar keinen Wert. Von der bedeutenden Stellung, die die Vorredner der Hebamme im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit angewiesen haben, ist kein Erfolg zu erwarten. Die künstliche Ernährung muß ärztlich überwacht werden. Nicht die Hebamme, sondern nur der Arzt kann das Volk aufklären und belehren. Daher ist eine bessere pädiatrische Ausbildung der Ärzte vor allem nötig. — Fräulein Dr. phil. Baum (Düsseldorf): Wenn Hebammen sich bereit erklären, für 15—20 Mk. jährlich die Pflichten zu übernehmen, die ihnen Dörfler auferlegt, so beweist das allein schon, daß die Hebammen nicht wissen, worum es sich handelt. Für diesen Lohn kann beim besten Willen keine zweckmäßige Beaufsichtigung der Säuglinge geleistet werden. Die Beaufsichtigung auf dem Lande soll Kreisbeamtinnen übertragen werden, gebildeten Frauen, die für ihren Beruf vorgebildet sind. Solche Beamtinnen sind im Regierungsbezirk Düsseldorf jetzt mit bestem Erfolg tätig. — Meier (München): Fräulein Baum hat die Mitwirkung der Ärzte zu wenig berücksichtigt. Die Ärzte haben in der großen Mehrzahl ein genügendes soziales Verständnis. Auf dem Lande sind wir in erster Reihe auf die Mitwirkung der Ärzte angewiesen. Die Landeszentrale in Bayern hat Fortbildungskurse für Ärzte in der Säuglingspflege eingerichtet. — Schwass (Sigmaringen): Auch auf

dem Lande erklärt sich die Verbreitung der künstlichen Ernährung zum Teil daraus, daß die Frauen nicht Zeit zum Stillen haben. Besonderes Unheil richten auf dem Lande die schlafmachenden Mittel an. — Regierungsrat Pistor (Darmstadt): Die Hebammen sind im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit nicht zu entbehren. — Falkenheim (Königsberg i. Pr.): Die Ärzte müssen besser in der Kinderheilkunde ausgebildet werden. In Ostpreußen besteht eine zentrale Auskunftsstelle für alle Gesundheitsfragen; sehr verdient hat sich auch der Vaterländische Frauenverein gemacht. — Ibrahim (München): Die Hauptsache ist und bleibt die Stillpropaganda.

III. Neue Bücher.

Eschle. **Ernährung und Pflege des Kindes.** Leipzig, B. Konegen. Preis: Mk. 2,50.

Das bekannte Büchelchen liegt in 5. Auflage vor. Wenn man bedenkt, wie ungemein groß die Anzahl gerade der Publikationen auf diesem Gebiete ist, so muß solch ein Erfolg hoch bewertet werden, und man muß sich von vornherein sagen, daß gerade dieses Buch etwas haben muß, was manchem ähnlichen fehlt. Nun, wer es liest, wird dies Besondere bald herausfinden. Es ist vor allem der Umstand, daß der Autor überflüssige Schönrederei vermeidet, aber auch nie in einen trockenen Ton verfällt, die Dinge kurz und klar schildert, wie sie in Wirklichkeit sind und alles Überflüssige beiseite läßt. Diese Vorzüge werden dem kleinen Werke auch in Zukunft den Erfolg sichern. Grätzer.

Th. Brorström. **Akute Kinderlähmung und Influenza.** Leipzig, G. Thieme. Preis: Mk. 6.

Ein aktuelles Thema, das heutzutage wohl jeden Arzt interessiert. Die Publikation reicher Erfahrungen wird sicher einen weiten und dankbaren Leserkreis finden. In dem Buche wird eine ungemein reiche Kasuistik geboten, aus der man viel lernen kann. Und das muß der heutige Praktiker, will er für alle Eventualitäten gewappnet sein. Wir empfehlen daher warm die Lektüre dieses Werkes. Grätzer.

H. H. Meyer und R. Gottlieb. **Die experimentelle Pharmakologie.** Wien und Berlin, Urban & Schwarzenberg. Preis: Mk. 12.

Die Verff. haben die Arzneimittel in organotrope, d. h. auf die Organfunktionen gerichtete, und in ätiotrope, d. h. auf die Krankheitsursachen wirkende, eingeteilt und sind bei der Beschreibung des ersteren von den einzelnen Organfunktionen und deren Störungen ausgegangen. Wir finden in dem Werke daher die Pharmakologie der motorischen Nervenendigungen, der sensiblen Nervenendigungen, der Verdauung, des Auges, der Muskeln, der Schweißsekretion, der Nierenfunktion, des Stoffwechsels, des Blutes usw.; bei der pharmakologischen Beeinflussung der Krankheitsursachen werden die Antiseptica, die Anthelminthica, die Specifica (Hydrargyrum, Chinin, Salizyl usw.) besprochen.

Es ist ein sehr inhaltsreiches Werk, das uns hier die Autoren geliefert haben, ein Werk, dessen Studium jedem Arzt warm empfohlen werden kann.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Bauer, F., Scharlachinfektionen auf der Diphtheriestation der Universitätsklinik zu München vor und nach Einführung der Serumtherapie (München). — **Becker, O. H.,** Über die kongenitale Duodenumatresie (Gießen). — **de Bra, F.,** Die Melaena enonatorum und ihre erfolgreiche Bekämpfung durch subkutane Gelatineinjektion (Berlin). — **Busse, N.,** Die Säuglingssterblichkeit in Pommern nach Alter und Geschlecht (Greifswald). — **Domansky, W.,** Über äußere Ursachen der Epilepsie (Halle). — **Gaus, A.,** Verletzungen der Kinder bei Extraktionen (München). — **Glaser, W.,**

Zur Kasuistik der Ichthyosis congenita (Straßburg). — **Gutbier, A.**, Über einen Fall von zerebraler Kinderlähmung mit Atrophie der linken Groß- und rechten Kleinhirnhemisphäre als Obduktionsbefund (München). — **Hendel, P.**, Über die Impfschädigungen des Auges (Rostock). — **Heuser, E.**, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Poliomyelitis anterior acuta (Kiel). — **Hirsch, C.**, Über die Behandlung des Nabelschnurrestes (Freiburg). — **Jaekel, F.**, Erfahrungen mit der v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion (Rostock). — **Kayser, C.**, Über familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen (Straßburg). — **Kelerworm, M.**, Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes und ihre Resultate in der orthopädischen Abteilung der Breslauer Klinik (Breslau). — **Kirchberg, H.**, Die Barlowsche Krankheit und ihre Komplikation mit spasmophiler Diathese (Erlangen). — **Lotz, A.**, Über die kongenitale Atresie der Speiseröhre (Gießen). — **Mieck, A.**, Über einen Fall von Verrucae planae juveniles und über die pathogenetische Wirkung des Lichtes (Gießen). — **Münch, W.**, Die kutane Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet (Gießen). — **Nohl, F.**, Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum vera und der Omphalorrhagia idiopathica (Berlin). — **Schalck, E.**, Die Ätiologie der Mastitis und ihre Beziehungen zur Bakterienflora des kindlichen Mundes und der mütterlichen Scheide (Straßburg). — **Schönberger, Ida**, Über Spontanluxationen nach akuten Infektionskrankheiten (Freiburg). — **Thiele, L.**, Über Sehstörungen durch Autosuggestion insbesondere bei Schulkindern (Rostock). — **Toporski, F.**, Über angeborene Stenose des Pylorus bei Säuglingen infolge von Entwicklungsstörung des Darmkanals (Leipzig). — **Uchiyama, K.**, Über Viskositätsbestimmungen der Milch und der gebräuchlichen Säuglingsnahrungen (München). — **Weingeroff, Frieda**, Über die Todesursachen der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen (Gießen). — **Weinzierl, H.**, Ein Fall von rachitischen Skelett- und Schädelanomalien (Kiel). — **Zimmermann, Klara**, Klinische Untersuchungen über intrauterine Belastungsdeformitäten am Kopf von Schädellagenkindern (Freiburg). — **Zmudzinski, P.**, Über Temperatur- und Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen (Berlin).

IV. Therapeutische Notizen.

Arsan, eine Verbindung von Arsen und Glidine (hergestellt von Dr. Klopfer, Dresden, Tabletten mit 0,002 g Arsen) hat Dr. Amende (Bamberg) mit bestem Erfolge angewandt. Es hat prompte Arsenwirkung und zeichnet sich durch relative Unschädlichkeit, Handlichkeit und angenehmen Geschmack aus. Die ersten 8 Tage gab er mittags und abends nach der Mahlzeit 1 Tablette, in der zweiten Woche 3 Stück, Kindern immer $^1/_2$ Tablette.

(Dermatalog. Centralbl. Februar 1910.)

Bronchitin bei Masern zu geben, empfiehlt Dr. R. Uhlirz (Schönfeld). Bronchitin — hergestellt von Lüdy & Co., Burgdorf i. d. Schweiz — ein Thiokol-Thymianpräparat, wirkt auf den Katarrh des Respirationstraktus recht günstig ein. Gibt man es von Anfang an, so verläuft die Masern-Bronchitis sehr milde, die Lungen werden rasch frei, das Auftreten einer Pneumonie und nachfolgender Tuberkulose wird verhütet. Tagesdosis je nach dem Alter 1—6 Kaffeelöffel; bei Flaschenkindern vermischt man $^1/_2$—1 Kaffeelöffel mit der Tagesration, bei Brustkindern gibt man die betreffende Menge in 100—200 g schwachen Kamillentees, von welcher Mischung dann immer ein entsprechender Teil gereicht wird.

(Österr. Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 5.)

Stomantabletten hat Dr. v. Bleiweis (Laibach) mit bestem Erfolge bei Stomatitiden und Anginen angewandt. Bei Diphtherie und Skarlatina bildeten sie eine wertvolle Unterstützung der sonstigen Therapie. Mit großem Vorteile hat Verf. ferner die Stomantabletten bei Soor verwendet. Bei kleinen Kindern ließ er hierbei nach dem Vorschlage Escherichs einen aus hydrophiler Gaze bereiteten Schnuller mit dem durch Zerstoßen einer Tablette im Mörser gewonnenen Pulver bestreuen, noch eine Lage Gaze darüber binden und die Kinder an diesem Schnuller saugen, wodurch sowohl eine mechanische wie eine antimykotische Wirkung erzielt wird. Bei entsprechender Berücksichtigung des Allgemeinbefindens verschwanden die Soorauflagerungen bei Stomanbehandlung mindestens ebenso

rasch, wie bei den sonst üblichen Behandlungsmethoden. Dabei ist aber die Stomanbehandlung für den Patienten unvergleichlich angenehmer und bequemer. Auch bei der Stomatitis aphthosa bewährten sich die Stomantabletten. In der Regel nahm die Erkrankung einen raschen Verlauf und traten Nachschübe nicht ein. Besonders hervorzuheben ist auch hier die rasche subjektive Besserung, welche insofern von Wert war, als Kindern, die früher wegen der empfindlichen Schmerzen jede Nahrungsaufnahme verweigerten, wieder Nahrung zugeführt werden konnte. (Österr. Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 11.)

Über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Menthol macht Hofrat Dr. Stepp (Nürnberg) Mitteilung. Er appliziert das Menthol perkutan (33%ige Salbe) in Form einer Schmierkur:

Rp. Menthol 12,5
Eucerin. anhydric. 25,0
M. f. ung.
S. In 5 Tagen zu verbrauchen.

Man reibt je 10 Minuten an 5 Tagen 1. und 2. Rückenhälfte, Brust, rechten und linken Oberschenkel ein und setzt die Behandlung mit der Salbe (eine fertige Mentholsalbe liefert unter dem Namen „Ceromentum" die Eucerinfabrik in Aumund bei Bremen) 4—5 Monat fort. Dann erzielt man aber, auch in vorgeschrittenen Fällen, recht gute Resultate, auch in der Kinderpraxis. Einen gleichen Erfolg haben die Erkrankungen, welche bei Kindern nach abgelaufener akuter Pneumonie oft zurückbleiben. Es sind dies Infiltrate, welche nicht weichen wollen und wohl auf tuberkulöser Grundlage infolge nachweisbarer hereditärer Belastung beruhen. Diese bilden sich auf Mentholbehandlung rasch und dauernd zurück. (Klinisch-therap. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.)

Über die Verwendung von „Kufeke" von Sekundararzt Dr. Robert Vogel. (Aus dem Kronprinz Rudolf-Kinderspital, Wien, Direktor Dr. Schmucker.) Verf. hat „Kufeke" im Kronprinz Rudolf-Kinderspital, Wien, bei 3 Gruppen von Kindern erprobt:

I. in der Entwöhnungsperiode,
II. bei Kindern mit Verdauungsstörungen oder in der Rekonvaleszenz von fieberhaften Erkrankungen und
III. bei tuberkulösen Kindern, deren Ernährung durch Fieber und Appetitlosigkeit erschwert war.

Die bei den von der Brust abgesetzten Säuglingen fast stets vorhandenen leichteren oder schwereren Verdauungsstörungen werden durch „Kufeke" überaus günstig beeinflußt, ebenso brachte bei schweren hartnäckigen Diarrhöen die ausschließliche „Kufeke"-Kost bald auffallende Besserung und komplette Heilung. Auch bei der Ernährung gesunder Kinder zur Zeit der Entwöhnung und später leistete „Kufeke" gute Dienste. Bei der zweiten Gruppe, welche aus Kindern im schulpflichtigen Alter bestand, mit daniederliegender Verdauung bei fieberhaften Krankheiten oder in der Rekonvaleszenz wurden täglich bis zu 120 g „Kufeke" gegeben und dies bewirkte stets Aufhören des Erbrechens und rasche Hebung des Ernährungszustandes. Bei der dritten Gruppe — tuberkulöse Kinder — erzielte die Ernährung mit „Kufeke" gleich günstige Erfolge.

Verf. kommt zu dem Schluß: Wo Muttermilch und Ammenbrust fehlen, wo schwere Darmstörungen bereits aufgetreten sind oder in der Rekonvaleszenz ist „Kufeke" ein schwer zu entbehrendes Kräftigungsmittel für Säuglinge und heranwachsende ältere Kinder.

(Österr. Ärzte-Ztg., Jahrg. VI, Heft 5. 5. März 1909.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. BAUER (Emmendingen), Dr. W. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. O. EVERSBUSCH (München), Prof. Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. Gg. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. M. MICHALOWICZ (Warschau), Dr. Herm. NETTER (Pforzheim), Dr. G. OOTMAR (Haarlem), Dr. S. RUBINSTEIN (Riga), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. G. SOMMER (Zittau), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. VULPIUS (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. WEGSCHEIDER (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. September 1910. Nr. 9.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.


Albin

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. **1. September 1910.** Nr. 9.

I. Originalbeiträge.

Über das Asthma bronchiale im Kindesalter.

Von

Dr. **Georg Neumann,**
Kinderarzt in Landsberg a. W.

Indem ich einen kasuistischen Beitrag über das Asthma bronchiale im Kindesalter liefere, weiß ich wohl, daß ich hiermit ein nur unvollständiges Bild dieser Erkrankung zu geben vermag; denn den geschilderten Krankheitsfällen haften alle jene Mängel an, die der Beobachtung in der Sprechstunde im Gegensatz zur Klinik eigen sind. Auch die Therapie läßt sich außerhalb der Klinik nicht mit Sicherheit verfolgen, dafür aber läßt sie, wenn auch nur flüchtig in der Sprechstunde beobachtet, erkennen, inwieweit sie in der allgemeinen Praxis durchführbar ist und welche Erfolge sie hier zu zeitigen vermag.

Eine Angabe der Literatur muß ich, da sie aus äußeren Gründen doch nur eine unvollständige werden könnte, unterlassen.

1. Fall: Erna Sch., 11 Jahre alt, Großeltern und Eltern des Kindes leben und sind gesund.

Asthma soll niemals in der Familie beobachtet worden sein. Von den Geschwistern soll eins, 3 Monate alt, an Krämpfen gestorben sein; die andern sind gesund. — Erna ist Flaschenkind, hat häufig Husten gehabt und soll im Alter von 2 Jahren einen Gesichtsausschlag gehabt haben, der längere Zeit andauerte und schwer heilte. Sie ist von jeher „anstößig“ gewesen. Im Jahre 1905 hatte sie Keuchhusten, der den ganzen Sommer über währte; vor einem Jahr überstand sie die Masern.

Der erste Asthmaanfall erfolgte vor 4 Jahren, angeblich infolge einer Erkältung, und hielt 2 Tage an. Die weiteren Anfälle stellten sich dann in größeren Zwischenräumen ein, um seit dem Herbst 1907 das Kind fast nicht mehr zu verlassen. Seit dieser Zeit pflegte nach einem ungefähr 2 tägigen gesunden Intervall ein fast ebenso lang währender, bald leichter, bald starker Anfall zu erfolgen, der gewöhnlich erst dann sistierte, wenn das Kind viel Schleim erbrach.

8. Januar 1908. Erna Sch. ist ein großes Mädchen von derbem Knochenbau, mäßiger Muskulatur und reichlichem Fettpolster. Haut und Schleimhäute sind sehr blaß. — Es besteht sichtliche Atemnot mit deutlich verlängertem Exspirium.

Rachen: Starke adenoide Wucherungen.

Herz: Die Herzdämpfung ist verkleinert, der zweite Pulmonalton akzentuiert.

Lungen: Überall heller tympanitischer Schall. — Die Leberdämpfung beginnt vorn rechts am oberen Rand der 7. Rippe, hinten rechts zwischen 9. und 10. Rippe. Über den Lungen hört man überall Giemen, Brummen und Schnurren und vereinzeltes Knisterrasseln.

Leib: Die Leber überschreitet $1^1/_2$ Finger breit den Rippenbogen, die Milz ist noch gerade palpabel. — Reflexe: o. B.

Urin: o. alb. o. sacch.

9. Januar. Der Anfall läßt nach. Die Herzdämpfung erscheint noch verkleinert. Über der Lunge hört man viel bronchitische Geräusche. Die Leberdämpfung beginnt vorn am untern Rand der 6. Rippe, hinten zwischen 8. und 9. Rippe.

Therapie: Operative Entfernung der adenoiden Wucherungen.

21. Januar. Das Kind hat einen starken Schnupfen. Gestern abend erfolgte ein neuer Anfall, der bis heute früh andauerte. Die Atmung ist zurzeit fast normal, über den Lungen hört man nur noch wenige bronchitische Geräusche.

Therapie: Jodnatrium und Eisen.

12. Februar. In der Nacht vom 21. zum 22. Januar soll noch ein sehr heftiger Anfall erfolgt sein.

Therapie: Jodnatrium fortgesetzt und reizlose (salzarme) Diät.

23. Juni. Die Anfälle sollen seltener und leichter werden. Die Großmutter, bei der sich das Kind aufhält, glaubt, daß die Besseruug infolge der Diät erfolgt ist.

Wie ich bei einer Erkundigung am 6. September 1909 erfuhr, sollen die Asthmaanfälle noch ungefähr alle 4 Wochen auftreten, jedoch soll ihre Intensität nachgelassen haben, manchmal dauert der Anfall nur wenige Stunden.

Therapeutisch am günstigsten wirkt nach Angabe der Großmutter die kochsalzarme Diät, in der Weise, daß, als sie sie strikte durchführte, einmal eine Pause von 10 Wochen eintrat. Da dem Mädchen jedoch eine Nahrung ohne Zusatz von Salz, ohne Bouillon und ohne Saucen zu fade schmeckt, so ist sie nicht dazu zu bewegen, sie dauernd beizubehalten.

2. Fall: Meta D., geboren den 22. Mai 1902. Von 3 Geschwistern starb eins im Alter von 7 Monaten an Brechdurchfall. Eine Schwester ihrer Mutter ist an Tuberkulose gestorben. Die Großmutter väterlicherseits soll öfter asthmatische Anfälle gehabt haben.

Meta bekam 6 Wochen lang Brust, dann Flasche. Als Säugling hatte sie, ebenso wie ihre Geschwister, fast stets Ausschlag auf dem Kopfe. Im Alter von einem Jahr hatte sie Darmkatarrh und war überhaupt in der frühen Jugend sehr „anfällig". Im Sommer 1907 hatte sie eine anscheinend typhöse Erkrankung.

Der erste Asthmaanfall ist, als sie das erste Lebensjahr überschritten hatte, erfolgt; die folgenden pflegten sich angeblich meist im Verlaufe eines Schnupfens einzustellen, und zwar im Winter ca. 6 mal, im Sommer 2—3 mal. Die Dauer der Anfälle beträgt 2—3 Tage. Status: Meta ist ein dem Alter nach nicht entsprechend entwickeltes, schwächliches, blasses Mädchen von grazilem Knochenbau, mäßiger Muskulatur und geringem Fettpolster.

Temperatur 36,6°.

Aus der Nase besteht eine sehr starke Sekretion.

Rachen: Adenoide Wucherung geringen Grades, rechte Tonsille vergrößert.

Thorax breit, geringer vorderer Rosenkranz.

Herz: Herztöne beschleunigt, Puls 156.

Lungen: Überall heller Schall, verlängertes Exspirium und bronchitische Geräusche.

Abdomen: Leber: obere Dämpfungsgrenze vorn unterer Rand der 7. Rippe; der untere Rand überschreitet 1 $^1/_2$ Finger breit den Rippenbogen. Milz am Rippenbogen palpabel.

Urin o. B.

Therapie: Jodnatrium und reizlose (salzarme) Diät.

11. Februar. Inzwischen kein Anfall.

Weitere Nachrichten habe ich nicht erhalten können.

3. Fall. Johann Sch., geboren den 8. September 1903. Viertes Kind, 3 Geschwister leben, eine Schwester ist gestorben, der Vater ist gesund, die Mutter lungenleidend. Das Kind bekam bis zu 9 Monaten Brust, war aber nichtsdestoweniger oft krank; es war sehr mit „Grind" behaftet. Im Alter von einem Jahr hat es Masern überstanden. Weitere anamnestische Daten waren nicht zu ermitteln, da es ein tschechisches Kind ist, dessen Mutter sich nur schwer verständlich machen konnte. Ich beobachtete bei dem Kind einen ausgesprochenen asthmatischen Anfall und entfernte nach Ablauf desselben die adenoiden Wucherungen, die es hatte. Sodann verordnete ich die reizlose Kost.

Auch dies Kind ist nicht wieder vorgestellt worden.

4. Fall. Erich K., geboren den 3. Mai 1905 ist der jüngste unter 16 Geschwistern, von denen allerdings nur 6 leben; keine Heredität; der Knabe wurde mit der Flasche großgezogen und erhielt eine Mischung von Milch und einem Kindermehl. Von den Zähnen sollen vier im 7. Monat, die übrigen bald darauf in schneller Reihenfolge erschienen sein, obwohl das Kind vom 6. Monat angeblich an Rachitis gelitten hat, welche die Mutter „verbeten“ ließ, aber wie sie selbst hinzufügte, erfolglos. Den gleichen Mißerfolg hatte sie mit dem „Verbetenlassen“ einer im 1. Lebensjahre vorhandenen „Abzehrung“. Mit 1½ Jahren lernte das Kind laufen.

Vor 1 Jahre erkrankte der Knabe unter Fiebererscheinungen und Husten. Nach Angabe eines Arztes soll er, wie die Mutter sagt, damals an der „Lunge“ gelitten haben. Seit dieser Zeit stellten sich bei dem kleinen Patienten fast alle 4 Wochen Erkrankungen ein, die in Husten und Fieber — letzteres währte meist nur einen Tag — bestanden.

Am 7. Oktober 1907 wurde ich zum erstenmal konsultiert. Der Knabe bot die Zeichen einer akuten fieberhaften Bronchitis. Die Temperatur fiel am nächsten Tage, und zwei Tage später waren unter Anwendung der Hydrotherapie auch die bronchitischen Erscheinungen in der Hauptsache geschwunden. Die gleichen Krankheitserscheinungen beobachtete ich in den Tagen vom 5. zum 8. November 1907.

Anders gestaltete sich das Bild, das ich am 20. November 1907 wahrnahm.

Das Kind bekam am Nachmittage plötzlich die heftigste Atemnot, als ob es ersticken wollte.

Ich fand den Knaben aufgerichtet in seinem Bettchen sitzend; das Gesicht hat einen ängstlichen Ausdruck, ist bläulich verfärbt und von Schweiß bedeckt; die Atmung ist beschleunigt, laut pfeifend, mühsam und zeigt deutlich verlängertes Exspirium; der ganze Thorax ist in angestrengter, stürmischer Bewegung. Die Bauchmuskulatur ist weniger aktiv, sie erscheint vielmehr leicht gespannt. Die Stimme des Kindes ist klar und hell.

Patient ist ein kleiner, blasser Knabe von grazilem Knochenbau; an den Rippen bestehen starke Reste von Rosenkranz, die Epiphysen der Röhrenknochen sind etwas verdickt; ferner ist noch eine geringe Craniotabes vorhanden: die vordere Fontanelle (2 : 2 cm groß) ist von einer etwas unter dem Niveau liegenden Knochenlamelle geschlossen, die so dünn ist, daß die Hirngefäßpulsationen durchzufühlen sind.

Die Muskulatur ist mäßig entwickelt, das Fettpolster ist gering.

Die Konjunktiven sind ohne Besonderheiten, desgleichen die Augenmuskelbewegungen und Pupillenreflexe. Nase: o. B. Die Lippen sind bläulich verfärbt; Wangen und Mundschleimhaut o. B. Die Zähne sind vollzählig (Milchzahngebiß). Die Tonsillen sind vergrößert, es sind jedoch keine bemerkenswerten adenoiden Wucherungen vorhanden. Die Herzgrenzen erscheinen verkleinert. Die Herztöne sind rein. Die Lungen sind stark gedehnt. Die vordere Leberdämpfung ist in der Mamillarlinie erst von der 7. Rippe ab nachweisbar; hinten erscheint die Leberdämpfung bei mittelstarker Perkussion fast ganz aufgehoben. Überall auf den Lungen hört man lautes Giemen und Brummen.

Abdomen: Der Leib ist gespannt, aber nirgends druckempfindlich. Die Leber überragt den Rippenbogen um ca. 2 Finger Breite. Die Milz ist nicht palpabel.

Die Sehnenreflexe sind ohne Besonderheiten. Die Temperatur beträgt 36,1°; Puls = 138 Schläge in der Minute.

Therapie: Senfbad; Jodnatrium, Ipecacuanha.

21. November. Nach dem Senfbad trat eine gewisse Beruhigung ein; auch in der Nacht zum 21. November waren die Anfälle von geringerer Intensität. Am nächsten Vormittag ist das Kind munter und spielt im Bett; Temperatur 36°. Die Atmung ist noch etwas beschleunigt und pfeifend, wenn auch bei weitem nicht in dem Grade wie gestern.

Therapie fortgesetzt.

23. November. Der Knabe ist völlig ruhig, die Atmung fast normal, auf den Lungen ist noch Giemen hörbar. Die Leberdämpfung zeigt hinten die gewöhnlichen Grenzen, vorn beginnt sie an der 6. Rippe; der vordere Leberrand ist noch 1½ Finger breit unterhalb des Rippenbogens palpabel. Der Urin enthält Spuren von Eiweiß; im Sediment sind Leukozyten in geringer Zahl.

Therapie: Reizlose Diät.

Im Laufe der folgenden Monate sah ich das Kind oft spielend auf der Straße, häufig keuchend und mitten im heftigsten Asthmaanfall. Die Eltern hatten sich daran gewöhnt, die Anfälle als etwas Unvermeidliches hinzunehmen.

Im Laufe des Jahres 1908 traten die Anfälle noch alle 4—5 Wochen, gegen Ende des Jahres seltener auf; die Diät wurde von der Mutter in gewissem Grade durchgeführt, wobei ihr der Umstand, daß das Kind eine Abneigung gegen scharfe und gesalzene Speisen hat, zu Hilfe kam. Im Jahre 1909 erfolgte nur im April noch ein kurzer Anfall, seitdem ist das Kind vollkommen anfallsfrei geblieben.

5. Fall: Emma B., geboren am 25. Januar 1905 ist die Jüngste unter 7 Geschwistern, von denen 2 früh gestorben sind. Der Großvater mütterlicherseits hat an Lungentuberkulose gelitten. Das Kind erhielt neben der Brust noch Flasche. Mit einem Jahr lernte es laufen. Vor 14 Tagen erfolgte der erste Anfall von Atemnot, der ca. einen Tag andauerte. Gestern hat sich plötzlich ein neuer Anfall von Atemnot eingestellt, in einer derartigen Stärke, daß die Mutter fürchtet, das Kind könne ersticken. Der Schlaf ist sehr unruhig, von häufigem Aufschrecken mit Angstanfällen unterbrochen.

26. November 1907. Emma B. ist ein gut genährtes Kind von derbem Knochenbau, kräftiger Muskulatur und gutem Fettpolster. Das Gesicht ist ängstlich verzogen und zyanotisch. Es besteht Nasenflügelatmung. Das Jugulum wird bei der Inspiration ständig stark eingezogen, desgleichen befindet sich der ganze Thorax, besonders in den unteren Partien in heftiger Bewegung. Man hört die pfeifende, keuchende Atmung bereits aus gewisser Entfernung. Das Exspirium ist verlängert. Die Stimme des Kindes ist laut und klar. Keine Zeichen von Rachitis.

Augen: o. B.

Nase: Nasenflügel in Bewegung.

Lippen stark bläulich verfärbt. Mund- und Wangenschleimhaut o. B. Zähne (Milchzahngebiß) vollständig; Landkartenzunge.

Tonsillen vergrößert; Aden. Veget. vorhanden. Zervikale und submaxillare Drüsen nicht vergrößert.

Herz: o. B.

Lungen: Die Lungengrenzen sind 1—2 Interkostalräume tiefer getreten. Auf den Lungen hört man lautes Giemen; r. h. u. Knisterrasseln.

Abdomen: Die Muskulatur ist ziemlich gespannt, im übrigen ist der Leib nirgends druckempfindlich; Milz und Leber nicht palpabel. Reflexe o. B.

Temperatur 36,1°.

Therapie: Heißes Senfbad.

28. November 1908. Gleich nach dem Senfbad am 26. November bekam das Kind Schlaf, der ziemlich ruhig verlief. Es ist jetzt wieder munter und spielt. Seit der letzten Nacht hustet es. Die Atmung zählt ca. 50 in der Minute. Temperatur 37,3°.

Am Thorax ist links hinten unten noch Knisterrasseln hörbar; das Giemen ist nur noch in geringem Grade über der ganzen Lunge wahrzunehmen.

Therapie: Warme Bäder mit kalten Übergießungen. Ipecacuanha.

Das Kind ist inzwischen nicht wieder vorgestellt worden.

6. Fall: M. K., Tagelöhnerkind, soll, wenn es des Morgens in die Schule gehen sollte, den weiten Weg nicht machen können, weil ihm die Luft ausging. Patientin ist ein stark pastöses Kind, das weitere deutliche Zeichen der exsudativen Diathese darbietet. Es besteht ausgesprochenes Asthma bronchiale.

Therapie: Kochsalzarme Diät.

Die Anfälle sollen fortdauern; die Diät ist nicht in Anwendung gebracht worden.

7. Fall: Else Sch., 12 Jahre alt, der Vater soll angeblich an „Mastdarmfistel" gestorben sein; die Mutter ist gesund, ein Bruder starb, 8 Jahre alt, an Diphtherie, eine Schwester lebt. Das Kind hat englische Krankheit gehabt; vor einem Jahr hat es Masern überstanden.

11. Juni 1908. Seit gestern hat das Kind einen andauernden Anfall von Atemnot, so daß es in der Nacht nicht schlafen konnte. Die Temperatur beträgt 38,5°. — Das Gesicht ist ängstlich verzerrt. — Im Rachen besteht starke Rötung; außerdem sind beträchtliche adenoide Wucherungen nachzuweisen. Auf den

Lungen ist überall heller Schall. Die unteren Grenzen sind 1—2 Interkostalräume tiefer getreten. Das Exspirium ist deutlich verlängert. Überall hört man bronchitische Geräusche.

Therapie: Jodnatrium und Mixtura solvens.

15. Juni. Das Befinden ist besser, die Atemnot geringer. Das Kind kann nachts schlafen.

Temperatur 37,6.

Auf den Lungen hört man zahlreiche bronchitische Geräusche.

21. Juni. Der Anfall ist völlig geschwunden, das Kinder ist wieder wohl und munter.

Die Patientin ist nicht wieder vorgestellt worden.

8. Fall: Erwin Sch., geboren am 26. August 1901, hat noch 3 Geschwister. Er bekam ca. 6 Wochen lang Brust, dann Flasche. Die Eltern sind gesund. Hereditäre Anamnese ohne Besonderheiten. In frühester Jugend hatte das Kind Masern, Ziegenpeter und häufige „Erkältungen" durchzumachen. Seit $^1/_4$ Jahr soll es ständig Luftröhrenkatarrh haben.

31. August 1908. Patient ist ein dem Alter entsprechend entwickeltes, aber blasses und pastöses Kind.

Rachen: Die Tonsillen sind vergrößert, die adenoiden Wucherungen nicht unbedeutend. — Der Brustkorb ist breit und am unteren Ende des Sternums stark eingezogen. Die Atmung ist auch aus der Entfernung hörbar, das Exspirium ist verlängert, die Lungen sind stark gedehnt, überall hört man bronchitische Geräusche.

Die Leber überragt den Rippenbogen $1^1/_2$ Querfinger breit.

Therapie: Jodnatrium.

Am 19. Oktober entfernte ich, da die Asthmaanfälle sich ständig wiederholten, die adenoiden Wucherungen und verordnete die reizlose Kost.

Am 9. November mußte ich, da die Anfälle mit kurzen Unterbrechungen, aber mit unverminderter Heftigkeit andauerten, das Kind vom Schulbesuch dispensieren. Im Laufe der nächsten Monate ließen die Anfälle allmählich nach; die Mutter hielt bis zu ihrem völligen Sistieren im Februar 1909 noch die Diät inne und ordinierte selbst heiße Fußbäder.

Seit Februar 1909 ist das Kind anfallsfrei geblieben und besucht wieder die Schule.

Wenn man die soeben skizzierten Asthmafälle auf ihre Ätiologie hin untersucht, läßt die Frage nach der hereditären Belastung völlig im Stich. Auch die adenoiden Wucherungen, die manche Autoren als Ursache des Bronchialasthmas bezeichnen, ohne zu erwägen, daß es recht zahlreiche Kinder mit adenoiden Vegetationen gibt, die nie Asthma akquirieren, finden sich keineswegs regelmäßig vor. Anomalien in der Bildung des Thorax habe ich, soweit ich darauf achtete, nicht wahrgenommen und würden, bei jahrelangem Bestehen des Asthmas, auch den Schluß auf sekundäre Entstehung nicht ausscheiden. Dagegen fällt es unbedingt auf, daß sämtliche Kinder mehr oder minder ausgesprochene Merkmale der exsudativen Diathese, auch anamnestisch, aufweisen.

Damit ist natürlich die Ätiologie des kindlichen Asthma bronchiale keineswegs erklärt, denn sie läßt die Frage, weshalb nur einige Kinder mit der bezeichneten Körperanomalie die Krankheit akquirieren und andere nicht, völlig offen.

Als Ursache des einzelnen Asthmaanfalles wurde öfter eine Erkältung, als deren Zeichen der bestehende „Schnupfen" besonders benannt wurde, angegeben. Doch ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß der Katarrh der oberen Luftwege eher als Begleiterscheinung bzw. Prodrom des Anfalls anzusehen ist.

Die klinischen Erscheinungen und der Verlauf des einzelnen asthmatischen Anfalls weichen beim Kinde nicht von dem des Erwachsenen ab.

Dagegen scheint sich der Verlauf der Gesamterkrankung beim Kinde im Vergleich zum Erwachsenen günstiger zu gestalten; denn es zeigten sich, bei den ca. 2—3 Jahre dauernden Beobachtungen, daß sich spontane Remissionen einstellten, die bei der Länge der Zeit an die Möglichkeit einer dauernden Heilung denken lassen.

Therapeutisch kamen außer den auch für Erwachsene üblichen Medikamenten (elektrische Lichtbäder wurden, obwohl mehrfach verordnet, wegen des hohen Preises nicht genommen) vor allem die bei der exsudativen Diathese übliche reizlose Diät in Betracht.

Die Erfolge dieser Diät bei der exsudativen Diathese — als Nachteil habe ich bisher nur eine geringere Dauerhaftigkeit des Milchzahngebisses beobachtet — lassen sich jedoch nicht beim Asthma bestätigen. Einige Eltern messen ihr zwar großen Nutzen bei, einen sicheren Heilerfolg vermag ich ihr nach meinen Beobachtungen nicht zuzuerkennen. Immerhin ist sie, da die sonst übliche Therapie viel zu wünschen übrig läßt, zu versuchen und möglichst lange durchzuführen, wenngleich sich dies bei vielen Kindern recht schwierig gestalten dürfte.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

A. Schwarz, Ein Beitrag zu den Unterschieden zwischen Kuh- und Menschenmilch. (Jahrb. f. Kinderh. Bd. 70. Heft 4. S. 441.) Dadurch, daß bei den morgendlichen Stuhluntersuchungen in fast allen Stühlen der mit Kuhmilch ernährten Säuglinge die Menge des vorgefundenen Fettes erstaunlich groß war und daß eine Steigerung des Fettgehaltes fast stets eine Verschlechterung oder einen Gewichtsabfall zur Folge hatte, kam Verf. auf den Gedanken, daß dem Fett in bezug auf die Verdaulichkeit der Kuhmilch im Gegensatz zur Menschenmilch eine größere Rolle, als bisher angenommen, zukomme.

Nach des Verf.s Meinung müssen noch mehrfache Untersuchungen angestellt werden. Er glaubt in der Emulsionierung des Fettes und in der nötigen Energie einen bedeutenden Unterschied zugunsten der Menschenmilch gefunden zu haben, der die bessere Ausnutzung wohl erklären kann. Hecker.

H. F. Helmholtz, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Pädatrophie (Dekomposition). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 4. S. 458.) I. Über die Veränderungen des Darmepithels, insbesondere der Panethschen Zellen. Epitheldefekte, die sich ja auch im normalen Darm finden, stellen nichts als den Beginn der postmortalen Andauung der Schleimhaut dar. Verf. fand ferner Panethsche Zellen im Dünn- und Dickdarm besonders auffallend häufig in

der Gegend der Bauhinischen Klappe, im Ileum, ebenfalls im Coecum mehr als im Colon transversum. In allen Fällen zeigte sich aber eine schneller vorgeschrittene Andauung der Schleimhaut als bei gleich alten Leichen darmgesunder, hauptsächlich im Jejunum. Verf. kann also Heubners Anschauung bestätigen, daß mit den üblichen pathologisch-anatomischen Untersuchungsmethoden keine Darmveränderungen gefunden werden können, die eine Erklärung der im Leben beobachteten Erscheinungen ermöglichen.

II. Veränderungen in den Organen (mit Ausnahme des Darms, der Milz und Leber). Ein einziges Mal fand sich eine Herzveränderung, die als ischämische Nekrose (unfindbarer Ursache) anzusehen war; 3 mal atrophische Veränderungen der Thyreoidea, 6 mal sehr geringe Veränderungen der Parathyreoidea, in den Nieren meist trübe Schwellung des Epithels, 2 mal Kolloiddegeneration.

III. Über eisenhaltiges Pigment in Milz und Leber. Pigmentablagerungen in diesen Organen sind sehr häufig. Verf. hatte von seinen 22 Fällen nur 2, die so gut wie keine Pigmentation oder Eisenreaktion hatten, doch war ein Verhältnis zwischen der Intensität der Erkrankung und der Pigmentablagerung nicht herauszufinden, auch scheint die Komplikation von Duodenalgeschwüren keinen Einfluß ausgeübt zu haben.

Hecker.

W. Knoepfelmacher, Hautgrübchen am Kinde. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 4. S. 466.) Verf. fand (ähnlich den Einziehungsgrübchen, welche sich an der Haut oberhalb der hinteren Enden der Darmbeinkämme, an den Seiten der Ellenbogen, ferner den Grübchen an Wangen und Kinn) bei 30 Kindern an der Schulter, bei 5 am Knie Hautgrübchen. Bei diesen handelt es sich um das völlige Fehlen des subkutanen Fettgewebes an einer zirkumskripten Stelle und um straffe Fixation der Haut an dieser Stelle an das darunterliegende Periost. Da diese Grübchen sich meist an Stellen finden, wo die Haut über stark prominente Knochenteile ziehen muß, so glaubt er an eine Möglichkeit einer fötalen Entwicklungsstörung im subkutanen Fettgewebe denken zu müssen. Diese Schultergrübchen sind angeboren und bleiben angeblich zeitlebens bestehen, obwohl Verf. sie selbst nur einmal bei Erwachsenen gesehen zu haben bestätigt.

Hecker.

N. Reika, Histologische Untersuchungen des Darms von Säuglingen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 5. S. 614.) Durch seine aus 11 Fällen gemachten Untersuchungen beweist Verf., daß bei Ernährungsstörungen der Säuglinge, selbst bei schweren alimentären Toxikosen, eine Schädigung des Darmepithels mikroskopisch nicht nachweisbar ist (ausgenommen Fälle, bei denen der Tod nach langer Agone eintritt, denn hier treten schon bei Lebzeiten in der Darmschleimhaut Zerstörungsprozesse auf). Verf. verlangt zu Untersuchungen nur sehr rasch nach dem Tode fixiertes Material. Er selbst benutzt die Gregorsche Formalininjektionsmethode. Bei Kindern, die Zeichen exsudativer Diathese aufwiesen, fand er die Darmschleimhaut von zahlreichen eosinophilen Zellen durchsetzt.

Hecker.

N. Krasnogorski, Über die Wirkung der Ca-Ionen auf das Wasseradsorptionsvermögen des Knorpelgewebes und ihre Bedeutung in der Pathogenese des rachitischen Prozesses. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 70. Heft 5. S. 643.) Verf.s Versuche bezweckten, das Adsorptionsvermögen der Gewebe hinsichtlich verschiedener Lösungen festzustellen. Aus den Untersuchungen des Mineralstoffwechsels bei Säuglingen glaubt Verf. schließen zu dürfen, daß den Ca-Ionen im Wasserhaushalt des Organismus eine hemmende Funktion zukommt. Zu seinen Versuchen benutzte er den Knorpel (frisch oder getrocknet), der in Wasser, NaCl- und $CaCl_2$-Lösungen gebracht wurde. Bei den vergleichenden Wägungen zeigte sich, daß der Knorpel in $CaCl_2$-Lösungen während 3—5 Stunden unvergleichlich weniger zunimmt als in entsprechenden NaCl-Lösungen und in Wasser. Je konzentrierter die Lösung, desto weniger wird durch das Knorpelgewebe adsorbiert. Die Ca-Ionen hemmen also das Wasseradsorptionsvermögen des Knorpels und vermindern dadurch die Quellung desselben. Bei einem Schrägschnitt durch einen rachitischen Knorpel zeigte sich eine homogene gequollene Hyalinsubstanz, auf welche die Verdickung zurückzuführen ist. Solcher Knorpel ist sehr wasserhaltig und arm an Ca- und Mg-Salzen. Der Wasserreichtum rachitischer Knorpel steht also in engstem und kausalem Zusammenhang mit der Verarmung des Knorpels an Ca-Ionen. Hecker.

R. Quest, Zur Ätiologie der spasmophilen Diathese. (Institut f. allg. u. experiment. Pathologie in Lemberg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) Nach Übersicht über die einschlägige Literatur bringt Verf. die Ergebnisse von Versuchen an drei Hunden, denen 0,5—0,75 $CaCl_2$ in 5%iger Lösung subkutan injiziert wurde. Das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit wurde vor und nach der Injektion systematisch geprüft. Entgegen der Theorie Stöltzners wurde durch diese experimentell erzeugte Kalkstauung keine Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit nachgewiesen. Die Erregbarkeit für den faradischen Strom sinkt sogar prompt. Dieser Zustand hält gewöhnlich einige Tage an und kehrt dann zur Norm zurück.

Verf. glaubt vielmehr, daß der Kalkmangel des Organismus die wesentliche Ursache der Tetanie bildet. Sie kann auf verschiedene Weise zustande kommen: so durch Verabreichung kalkarmer Nahrung nach Entfernung der Epithelkörperchen (Callum und Voegtlin), nach Exstirpation der Thymusdrüse (Basch) usw. In der Nahrung spielt das Fett die wichtigste Rolle, da durch Bildung von Kalkseifen dem Organismus Kalk verloren geht; es kommt zu negativen Kalkbilanzen. Die günstige Wirkung des Phosphorlebertrans beruht auf der durch Birk nachgewiesenen erhöhten Kalkretention durch Herabsetzung der Seifenbildung im Darm. Die Therapie der Tetanie wird also in der Regelung der Diät liegen, die durch Verabreichung von Phosphorlebertran unterstützt wird. In schweren Fällen kommen Versuche mit Injektion von Kalksalzen in Betracht. Schick (Wien).

P. Grosser und **H. Kern,** Die Bedeutung der Cammidge-Reaktion bei Kindern. (Kinderklinik Frankfurt a. M.) (Ebenda.)

Cammidge berichtete im Jahre 1904, daß er in einigen nicht reduzierenden Harnen nach Spaltung mit Salzsäure durch Zufügen von Phenylhydrazin bestimmte Kristalle erhalten hätte, die im ungespaltenen Harne nicht zu erzielen waren. Anfangs hielt man die Reaktion pathognomonisch für Pankreaserkrankungen, später fand man die Reaktion positiv auch bei anderen mit Gewebszerstörung einhergehenden Krankheiten und sogar manchmal bei normalen Individuen. Die bei der Reaktion ausfallenden Kristalle sind echte Osazone; manche Autoren glauben, daß Saccharose positiven Ausfall der Reaktion hervorruft.

Die Verff. untersuchten an der Kinderklinik 130 Urinproben von 65 Patienten, meist ernährungsgestörte Säuglinge; sie erhielten bei 13 Proben, die sich auf 8 Kinder verteilen, positiven Ausfall. Nach ihrer Meinung ist die Cammidge-Reaktion nicht nur eine Methode zum Nachweis von Saccharose sondern auch für Laktose. Prognostisch hat die Reaktion keine Bedeutung. Schick (Wien).

J. A. Schabad, Der Kalkstoffwechsel bei Tetanie. (Aus der Klinik für Kinderkrankheiten des med. Instituts für Frauen und dem Laboratorium des Peter Paul-Hospitals in Petersburg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) 1. Der Kalk- und Phosphorstoffwechsel bei Komplikation der Rachitis durch Tetanie unterscheidet sich nicht vom Stoffwechsel bei unkomplizierter Rachitis.

2. Besserung der Tetanie, d. h. das Herabgehen der elektrischen Erregbarkeit unter dem Einfluß des Phosphorlebertrans geht Hand in Hand mit Besserung der Kalkretention, id est einer Genesung von der Rachitis.

3. Die Zufuhr von Kalksalzen verschlimmert nicht, trotz ihrer Resorption, den Zustand der Tetanie in merklicher Weise.

4. Die Hypothese Stöltzners über die Bedeutung der Kalkanhäufung im Organismus in der Ätiologie der Tetanie wird durch die Tatsachen nicht gerechtfertigt. Schick (Wien).

G. Genersich, Milchabsonderung während des Verlaufes von Typhus abdominalis. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) Fall von Typhuserkrankung von Mutter und Kind; dieses erkrankt bei Fortdauer des Stillens 22 Tage nach der Mutter. Die Fieberdauer des Typhus beim Kinde (6 Monate alter luetischer Säugling) betrug 38 Tage. Die Temperatur zeigte langsames An- und Absteigen ähnlich wie beim Erwachsenen.

Durch die Erkrankung der Mutter sank die Milchquantität gleich von Anfang an. Diese Abnahme war durch 3 Wochen eine mäßige und wurde erst mit Eintritt höheren Fiebers und der Anwendung blanker Diät intensiver. Die Milchproduktion versiegte erst, als der Säugling erkrankte und infolge Schwäche und Appetitlosigkeit nicht mehr saugen wollte. In der Rekonvaleszenz beider Patienten kehrte die Milchsekretion wieder zurück. Schick (Wien).

H. Rietschel, Zur Ätiologie des Sommerbrechdurchfalls der Säuglinge. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 10. Nr. 1.) Verf. wendet sich auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen gegen die

einseitige Auffassung derjenigen, die den Sommerbrechdurchfall der Säuglinge nur vom bakteriologischen Standpunkte der Milchhygiene erklären wollen. Ähnlich wie Meinert betont Verf. die Bedeutung der Hitze als ätiologischen Faktor. Dabei kommt aber vielleicht nicht so sehr die Außentemperatur, als die Wohnungstemperatur in Betracht. Dabei sind Kuhmilchkinder mehr gefährdet als Brustkinder; die Kinder werden durch die erhöhte Wohnungstemperatur in ihrer Toleranzbreite gegen Nahrungschädigungen wesentlich herabgesetzt.

Diese Überlegungen sind therapeutisch von Bedeutung; man wird, wenn Brusternährung nicht zur Verfügung ist, wenigstens die Wohnungshygiene zu bessern versuchen, indem man nicht nur die Nahrung kühl (Willems), sondern besonders die Kinder kühl hält (kühl baden und waschen, kein Steckkissen, kleine Gummieinlage, kühles Wasser zum Durstlöschen, herausbringen ins Freie in den kühlen Morgen- und Abendstunden usw.). Dabei unterschätzt Verf. keineswegs die Milchhygiene, deren Forderungen festzuhalten sind. Schick (Wien).

W. Pies, Über intrauterine Übertragung von Malaria. (Aus dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus Berlin.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) Das Kind einer an Malaria leidenden Mutter zeigte vom 32. Lebenstage ab Fieberanfälle, die von Schweißausbruch gefolgt waren, das Kind wurde blaß, die Stühle schlecht. Als Ursache der Erkrankung ergab sich bei Untersuchung des Blutes typische Malaria. Da eine extrauterine Infektion des Kindes ausgeschlossen werden mußte, konnte nur intrauterine Infektion angenommen werden. Dafür sprach auch die Anwesenheit von Gameten im Blute, denn diese sind bei frischer Infektion nicht vorhanden. Chinin brachte Heilung (0,2 Chinin 3 Tage hintereinader).

Schick (Wien).

E. Mayerhofer und **E. Přibram,** Über die Verwendung von CaO_2 (Kalkodat) bei der Konservierung von Frauenmilch. (Aus der Kinderabteilung des Kaiser Franz Josef-Spitales Wien.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) Bei längerer Aufbewahrung größerer Vorräte von Frauenmilch genügt die Neutralisierung mit Natriumbikarbonat nicht, da sie nicht allzuoft wiederholt werden darf. Für diesen Zweck hat sich der wiederholte Zusatz von Kalkodat (ca. 1 g pro 1 l) neben der Sterilisierung mit Perhydrol gut bewährt. Auf diese Weise läßt sich die Milch nach monatelanger Aufbewahrung (3 Monate, wahrscheinlich auch länger) gebrauchsfähig erhalten, doch empfiehlt es sich, diese Vorratsmilch vor der Abgabe mit frischerer, etwa 10—20 Tage alter Frauenmilch zu mischen.

Schick (Wien).

W. Freund, Über eine klinisch bemerkenswerte Form der Kopfbehaarung beim Säugling. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 1.) Diese ist charakterisiert durch eine besondere Beschaffenheit und Entwicklung der Kopfhaare. Im Anfangsstadium (beim Neugeborenen und ganz jungen Säugling) sieht man, daß die in der Parietalgegend stehenden Haare sich nach vorn, oben und der Mitte des Kopfes aufzurichten beginnen; so entsteht eine der Mittellinie entsprechende dachfirstartige Kante, bei Betrachtung von vorn eine dachgiebelartig die Stirn überlagernde dreieckige Figur.

Bei weiterer Entwicklung erscheint die Haargrenze nach dem Scheitel hinaufgerückt. Die Haare in der Stirn- und Vorderscheitelbeingegend sind verkümmert, ebenso die Haare im Bereiche des ganzen Hinterhauptes. Mächtig angewachsen ist die Behaarung dagegen in der Mitte des Kopfes, so daß ein kammartiger Haarschopf entsteht.

Verf. findet familienweises Auftreten dieser Haarbildung und bringt sie in Zusammenhang mit der exsudativen Diathese. Sie ist als Frühsymptom der exsudativen Diathese zu verwerten.

Schick (Wien).

R. Mühsam, Milzruptur, Milzexstirpation, Heilung. (Aus dem Städt. Krankenhause Moabit in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 17.)

Am 11. Dezember v. J. kam ein 10 jähriger Junge zu uns in das Krankenhaus mit der Anamnese, daß er soeben von einem Automobil überfahren war. Er war pulslos, extrem blaß und hatte als einziges Zeichen äußerer Verletzung eine kleine Kontusion an der untersten linken Rippe. Die Untersuchung des Leibes ergab die Anwesenheit einer großen Menge freier Flüssigkeit, welche bei Lagewechsel sich veränderte. Die Diagnose auf Blutung konnte keinem Zweifel unterliegen. Für die Lokalisation der Blutung ließ sich gerade die Kontusion links in diagnostischer Hinsicht heranziehen, so daß wir schon vor der Operation annahmen, daß es sich wohl um eine Milzzerreißung handeln würde. Urin, den der Patient bei der Aufnahme gelassen hatte, war klar, aber Urin, der wenige Minuten vor der Operation per Katheter entleert wurde, war leicht blutig gefärbt. Eine gleichzeitige Verletzung der Harnwege war also nicht auszuschließen. Ich machte die Laparotomie, unmittelbar nachdem ich den Kranken zu Gesicht bekommen hatte, und eröffnete die Bauchhöhle in der oberen Hälfte durch einen Medianschnitt, kam auf das Hämatom und mit dem ersten Griff auf die zerrissene Milz, deren Präparat ich Ihnen hier zeige und an welchem Sie den großen queren Riß erkennen. Es fragte sich, ob sie erhalten werden konnte oder ob sie exstirpiert werden mußte. Brogsitter hat in seiner jüngst erschienenen eingehenden Arbeit über Splenektomie und subkutane Milzruptur (Charité-Annalen, Bd. 33) diese Frage besonders gründlich behandelt. Er will die Splenektomie bei ausgedehnten Zerreißungen und vor allem bei Hilusrissen angewendet wissen; glatte, flache Wunden seien durch Naht zu behandeln, bei leichten Fällen sei Tamponade angezeigt. Bei dem sehr desolaten Zustande des Jungen und der Tiefe des Risses in der Milz entschloß ich mich zur Exstirpation, weil sie schneller geht als eine eventuelle Naht und für die Blutstillung ohne Zweifel sicherer ist. Eine weitere Verletzung, insbesondere der Blase, fand sich nicht. Es handelte sich also bloß um eine Nierenquetschung in der linken Seite, welche zu der Anwesenheit von Blut im Urin Anlaß gegeben hatte. Eine zweischichtige Naht der Bauchhöhle beendete die Operation, während welcher der Kranke subkutan Kochsalz erhielt. Der Verlauf war dann kein ganz ungestörter. Der Junge erholte sich nach der Operation zwar sehr rasch, er sah aber, wie das ja nach dem Blutverlust zunächst begreiflich ist, extrem blaß aus, und diese Blässe hielt die ersten Wochen hindurch an. Dann fing er an zu fiebern, und gleichzeitig mit dem Fieber stieg die Leukozytose auf eine so extreme Höhe, wie wir sie außerordentlich selten beobachtet haben. Wir haben regelmäßige Leukozytenzählungen bei ihm gemacht und fanden am 22. Dezember 80 000 Leukozyten, also eine Leukozytose, welche wirklich eine besondere Seltenheit darstellt. Die Wunde hatte eine schlechte Heilungstendenz. Ich hatte in der Eile, um die Operation schnell zu beenden, wie oben bemerkt, mit fortlaufender Naht in zwei Schichten genäht. Die Ränder verklebten nicht, und am 22. Dezember ging die Naht ganz einfach auseinander. Es entstand ein großer Darmprolaps. Ich habe dann den Bauchinhalt reponiert und mit großen, durchgreifenden Nähten, die sehr weit faßten, die Wunde noch einmal zugenäht. Diese Naht hielt dann auch. Die Temperatur war zwischen 38° und 39° und etwas über 39°. Bei der zweiten Naht der Wunde achtete ich genau darauf, ob vielleicht ein subphrenischer Abszeß oder eine andere Lokalisation einer Eiterung zu finden sei, jedoch ohne etwas wahrnehmen zu können; ich muß sagen: zum Glück; denn sie hätte doch wahrscheinlich das ganze Peri-

toneum infiziert. Dagegen fand ich 8 Tage darnach (am 29. Dezember) ein vereitertes Hämatom in der linken Seite unterhalb der Rippen. Ich resezierte eine Rippe und entleerte das Hämatom. Seitdem geht die Leukozytose herunter. Auffallend ist, daß bei dieser kolossalen Leukozytose, deren Höhe sich offenbar aus mehreren Komponenten zusammensetzt — einmal der Exstirpation der Milz, zweitens der Eiterung und drittens der Anämie —, das Arnethsche Blutbild, das wir auch immer verfolgt haben, vollständig normal war. Diese Erscheinung ist schwer zu erklären und namentlich mit der hohen Leukozytose nicht recht in Einklang zu bringen. Man könnte vielleicht annehmen, daß die Neubildung weißer Blutkörperchen spärlich war und daß eine Anhäufung mehrkerniger stattfand. Auch die Erythrozyten wurden wiederholt gezählt; sie waren anfangs sehr herabgesetzt: etwa 2500000; jetzt sind sie aber gestiegen auf 3200000. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Anfang Februar betrugen sie schon wieder 4500000.

Grätzer.

G. Heimann (Charlottenburg), Die Nahrungseinheit als einfache Grundlage der kalorischen Diätberechnung für Säuglinge. (Ebenda.) H. schreibt:

„Trotz des stark differierenden Nährwertes der gebräuchlichen Säuglingsnahrungen bestimmt man die zuträgliche Nahrungsmenge empirisch leicht in der Weise, daß man von einer einheitlichen Anfangsportion ausgeht und diese je nach dem Ausfall der weiteren Kontrolle des Säuglings steigert oder beschränkt.

Für manche Fälle, namentlich beim Wechsel der Nahrung oder auch sonst bei erschwerter Kontrolle, ist es aber wünschenswert, die rationelle Nahrungsmenge von vornherein genauer zu berechnen, um die Zeit des Tastens abzukürzen. Einen Anhaltspunkt hierfür bietet der sogenannte Energiequotient, d. i. die pro Tag und Kilogramm Körpergewicht erforderliche Kalorienzufuhr. Säuglinge entwickeln sich in der Regel befriedigend mit einem Energiequotienten von etwa 100 Kalorien. Bei künstlicher Ernährung liegt der Energiequotient gewöhnlich höher (110—120), besonders im ersten Halbjahr und bei abnorm leichten Kindern. Man berechnet also zunächst den Gesamtkalorienbedarf und erhält sodann den Nahrungsbedarf aus dem Verhältnis des Kalorienbedarfes zum Kaloriengehalt der betreffenden Nahrung.

Beispiel 1[1]): Ein 6monatiger Säugling von 5320 g Körpergewicht soll mit Liebig-Kellerscher Malzsuppe ernährt werden. Es sei der Energiequotient 120 anzusetzen. Wie groß ist die tägliche Nahrungsmenge? Das Kind soll pro Kilogramm Körpergewicht täglich 120 Kalorien erhalten, braucht also $5{,}320 \cdot 1{,}20 = 638$ Kalorien. Die Malzsuppe enthält im Liter 800 Kalorien. Es besteht also die Gleichung

$$638 : 800 = x : 1000$$

$$x = \frac{638000}{800} = 798 \text{ ccm.}$$

Die Berechnung ist leicht, aber noch nicht einfach genug; sie läßt sich jedoch auf einen einzigen Rechenakt reduzieren, wenn man statt der Kalorienzahl mit „Nahrungseinheiten" operiert. Nahrungseinheit (A) nenne ich diejenige Nahrungsmenge, in der eine große Wärmeeinheit (1 Ca) enthalten ist.

[1]) Nach Salge, „Therapie der Kinderkrankheiten" in W. Kroner, „Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken". Berlin und Wien 1905 S. 127.

Tabelle der Nahrungseinheiten.[1])

Muttermilch	1,43 ccm
Kuhmich	1,43 „
1/3 = Milch, mit Rademanns Mehl zubereitet	2,50 „
1/2 = Milch, mit Rademanns Mehl zubereitet	2,00 „
2/3 = Milch, mit Rademanns Mehl zubereitet	1,66 „
1/3 = Milch ohne Mehl mit 8% Nährzucker	1,81 „
1/2 = Milch ohne Mehl mit 8% Nährzucker	1,49 „
2/3 = Milch ohne Mehl mit 8% Nährzucker	1,28 „
Malzsuppe	1,25 „
Buttermilch nach Texeira	1,43 „
5%ige Abkochung von Rademanns Mehl	5,00 „

Die Tagesmenge der Nahrung ist gleich dem Produkte aus Körpergewicht, Nahrungseinheit und Energiequotient oder = K. E. A.

Wenn wir nach dem eingangs Gesagten 100 Nahrungseinheiten als den normalen bzw. minimalen Nahrungsanteil pro Tag und Kilogramm Körpergewicht annehmen und diesen Anteil in Anlehnung an den Begriff des Energiequotienten als „Nahrungsquotienten“ (N) bezeichnen, so ist der tägliche Nahrungsbedarf (R) aus der einfachen Gleichung ersichtlich:

$$R = K \cdot N \text{ (oder } K \cdot 100\,A).$$

Beispiel 2: Ein Säugling von 5320 Gewicht soll mit Zweidrittelmilch ohne Mehl mit 8% Nährzucker ernährt werden. Mit welchen Tagesrationen ist zu beginnen?

$$R = 5320 \cdot 128 = 680 \text{ ccm}.$$

Wobei nicht zu vergessen, daß die Formel lediglich einen rationellen Anhaltspunkt geben will, der die Regelung der Diät in manchen Stadien erleichtert, aber kein starres Schema, das in der weiteren Behandlung rücksichtslos festzuhalten wäre.“ Grätzer.

J. Hevesi (Klausenburg), Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Gliederstarre (Littlesche Krankheit) mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln — Foerstersche Operation. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 19.) H. führte bei einem 11 jährigen Mädchen mit infantiler zerebraler Hemiplegie die Operation aus; er resezierte links die 2., 3., 5. lumbale und 2. sakrale Wurzel, rechts — wo die spastischen Symptome geringer waren, die 2. und 4. lumbale und 1. sakrale Wurzel.

Eine Verbesserung der Innervationsverhältnisse äußerte sich unmittelbar in einem hochgradigen Nachlassen der Muskelrigidität und in dem Verschwinden der pathologischen Steigerung der Reflexe bis auf das Babinskische Phänomen, welches — wie auch der rechtsseitige gesteigerte Patellarreflex, obwohl bedeutend abgeschwächt — auch jetzt noch fortdauert. Passive Bewegungen konnten sofort und in stetig zunehmender Ausdehnung ausgeführt werden, und zwar ohne Schmerzäußerung seitens der Patientin. In den ersten zehn Tagen bestand wohl eine gewisse Empfindlichkeit gegen Anfassen des Körpers beim Lagewechsel und Verbandwechsel, auch klagte sie manchmal über Schmerzen in der rechten Schulter, im Bauch usw., die Be-

[1]) Berechnet auf Grund der Angaben bei Salge über den Kaloriengehalt der Nahrung.

wegungen selbst gingen jedoch schmerzlos von statten; sie führte diese — falls sie gut gelaunt war — des öfteren ganz freiwillig aus. Sie machte auf Aufforderung schon am Tage der Operation isolierte Bewegungen in den Knie- und Fußgelenken. Im Laufe der Wochen wurden sowohl die passiven wie auch die willkürlichen Bewegungen immer ausgiebiger vollzogen und anfangs im Liegen, von der fünften Woche an auch im Sitzen geübt. Den Bewegungen sind durch Schrumpfungskontrakturen — namentlich der Unterschenkelbeuger — gewisse Schranken gesetzt. Patientin wurde von der fünften Woche an nachts auf ein Gipsbett mit gespreizten, gestreckten und auswärtsgerollten Beinen festgebunden, wodurch die Flexions-, Adduktions- und Innenrotationskontrakturen bereits so weit überwunden werden konnten, daß H. nachträgliche Hilfsoperationen — Teno-Myotomie, Sehnenplastik — entbehren zu können hofft.

Von der sechsten Woche an wurde das Stehen und Gehen geübt, im Anfang mit Unterstützung durch zwei Personen, dann im Laufbarren. Anfangs knickten die Beine immer ein, aber in der siebenten Woche machte Patientin die Überraschung, daß sie — als sie einmal in ihrem Lehnstuhl sitzend allein gelassen wurde — ohne jede Stütze aus dem Zimmer kam und nach der Mutter rufend im Couloir auf und ab ging. Der Gang geschieht noch mit langsamen, zögernden Schritten und etwas gebeugten Hüft- und Kniegelenken; sie kann mit der Fußsohle auftreten und die Ferse des Schwungbeines gut abwickeln, muß aber dazu öfters ermahnt werden. H. war über diese raschen Fortschritte einigermaßen erstaunt, da er aus Foersters Mitteilung wußte, daß sein Patient, welcher wegen infantiler zerebraler Paraplegie operiert worden war, erst nach vier Monaten die Steh- und Gehübungen begann. Der Unterschied findet seinen Grund sicherlich darin, daß es sich in obigem Falle um eine bessere Innervationsfähigkeit und geringere Störung der Intelligenz handelte.

Was die Bedenken hinsichtlich der — durch die Rhizektomie möglicherweise gesetzten — Ausfallserscheinungen anbelangt, so ist vor allem hervorzuheben, daß H. bei seiner Patientin keine gröberen Sensibilitätsstörungen feststellen konnte. Das war auch zu erwarten, nachdem wir aus Tierversuchen und aus Erfahrungen der menschlichen Pathologie wissen, daß jeder zirkumskripte Hautbezirk seine sensiblen Nervenfasern außer von einem Hautsegment von noch mindestens zwei Segmenten erhält. Ebensowenig ist Ataxie vorhanden. Patientin legt die Ferse oder die Fußspitze ohne Zögern auf den gewünschten Punkt. Foersters Erwartungen haben sich auch in dieser Beziehung erfüllt.

Grätzer.

Hart und **O. Nordmann,** Experimentelle Studien über die Bedeutung der Thymus für den tierischen Organismus. (Aus dem Auguste Viktoria-Krankenhaus Schöneberg-Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 18.) Als positive Ergebnisse ihrer Versuche betrachten die Verff. die folgenden Feststellungen: Die Thymus ist ein für die Wachstumsepoche des Organismus wichtiges, vielleicht sogar unerläßlich nötiges Organ. Es steht in Beziehung zur Nahrungsassimilation und zur Regulation der Herzarterienaktion und ist wahr-

scheinlich bedeutsam für die Widerstandskraft des Organismus gegenüber bakteriellen Einflüssen. Die Entwicklung der Keimdrüsen steht gleichfalls in Beziehung zur Thymus. Nur die totale, nicht aber die partielle Exstirpation löst krankhafte Erscheinungen aus, die sich als ein langsames Versiechen der Lebenskraft kennzeichnen. Ein Überschuß von Thymus bzw. ihren Stoffwechselprodukten ruft Intoxikationserscheinungen hervor, die nach Schwinden des Überschusses sich gleichfalls schnell verlieren. Grätzer.

J. Rosenstern, Zur Wirkung des Lebertrans auf Rachitis und spasmophile Diathese. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Ebenda.) Auf Grund seiner Versuche schließt R.:

1. Phosphorlebertran in Mengen von 2 mal täglich 5,0 g der üblichen Lösung heilt in der Mehrzahl der Fälle die Spasmophilie.
2. Phosphor in Öl oder Emulsion ist bei Spasmophilie unwirksam.
3. Dagegen entfaltet Lebertran ohne Phosphor in großen Dosen (5 mal 5 g pro Tag) bei Spasmophilie etwa denselben Effekt wie Phosphorlebertran in der Menge von 2 mal 5 g pro Tag. Auch die Craniotabes heilt mit Lebertran allein ab. Grätzer.

F. Bauer, Über den Artcharakter der Milchweißkörper. (Aus dem Laboratorium der Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Ebenda.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Durch die Komplementbindung läßt sich das Kasein von den Eiweißstoffen der Molke differenzieren.
2. Das Kasein einer Tierart gibt mit dem mehr oder minder verwandter Tiere Verwandtschaftsreaktionen. Dasselbe gilt für die Eiweißstoffe der Molke.
3. Im Gegensatz zu den letzteren läßt sich das Kasein aber von den übrigen Eiweißkörpern, z. B. dem Serumeiweiß, desselben Individuums abtrennen.
4. Die Kaseinantigene sind koktostabil. Grätzer.

M. Wunsch (Berlin), Eine seltene Anomalie in der Färbung des Kopfhaares. (Ebenda.) 7jähriger Knabe, der bei der Geburt durchweg dunkles Haar hatte, in dem aber schon nach einem Jahre sich inselartige Partien rötlichen Haares zeigten.

Bei der Betrachtung des Kopfhaares sieht man, daß das ganze Vorderhaupt und die linke Schläfe durchweg schwarzes Haar aufweisen. Dagegen zeigen sich in dem schwarzen Haar des Hinterhauptes vier fünfmarkstückgroße Inseln rötlichen Haares, und ebenso ist in dem dunklen Haar der rechten Schläfengegend eine über fünfmarkstückgroße Partie rötlichen Haares sichtbar. Der Farbenunterschied ist um so stärker, als die rötlichen Haare von den schwarzen scharf abgegrenzt sind. An den Grenzlinien zwischen rötlichem und dunklem Haar sehen wir, sehr spärlich verstreut, weiße Haare auftreten. Ferner bemerken wir, daß die Haut unter dem rötlichen Haar überall eine rosige Farbe hat, im Gegensatz zu der sonst weißen Haut des behaarten Kopfes. Grätzer.

K. Vorphal, Über einseitige orthostatische Albuminurie. (Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Stettin.)

(Ebenda.) Es handelte sich um ein 12 jähriges Mädchen. Von früheren Krankheiten war nur bekannt, daß sie als kleines Kind Masern durchgemacht hatte. Seit etwa 6 Monaten klagte sie oft über Kopfschmerzen, Schmerzen im Rücken, Gliederschmerzen, Mattigkeit und schlechten Appetit. Vor etwa einem Jahre hatte die Mutter zum ersten Male eine Rückgratverbiegung bei dem Kinde bemerkt, die sich im Laufe der Zeit verschlimmerte.

Die Urinuntersuchungen führten zur Diagnose einer echten orthostatischen Albuminurie. Der Urin war bei Bettruhe, und zwar bei gewöhnlicher Kost, völlig eiweißfrei. Mit dem Auftreten trat regelmäßig, meist nach 10 Minuten, Eiweiß im Urin auf, dessen Menge zwischen $^1/_2$ und 1 pM. schwankte.

Das Hauptinteresse nahm bei diesem Falle die krankhafte Form der Wirbelsäule in Anspruch. Es war nämlich eine ziemlich erhebliche Skoliose vorhanden. Hervorgehoben sei, daß die lordotische Krümmug der Lendenwirbelsäule im Stehen kaum das normale Maß überschritt. Was die Skoliose betrifft, so war sie eine sogenannte habituelle. Wie gewöhnlich bei dieser Form der Skoliose bestand die Verkrümmung in einer linkskonvexen Lumbalskoliose und einer kompensatorischen rechtskonvexen Dorsalskoliose. Bei aufrechter Körperhaltung erreichte die Verbiegung ihren höchsten Grad, bei horizontaler Lage war sie sehr viel geringer, und durch Suspension an den emporgestreckten Armen konnte sie fast völlig ausgeglichen werden.

Es lag nahe, im Hinblick auf die Jehleschen Untersuchungen, diese Skoliose zu der vorhandenen orthostatischen Albuminurie in ursächliche Beziehung zu bringen.

Um sich darüber Klarheit zu verschaffen, ob die Skoliose nicht bloß ein an sich wirkungsloser Nebenbefund sei, während die Lordose, wenn sie auch nur gering war, möglicherweise doch die eigentliche Ursache der Albuminurie sein konnte, suchte V. festzustellen, ob die Skoliose bei gänzlicher Ausschaltung der Lordose allein imstande sei, Albuminurie zu erzeugen. Geeignet zur Beantwortung dieser Frage schien die sitzende Stellung, bei der die lordotische Krümmung völlig wegfiel, während die skoliotische keine sichtbare Änderung erlitt. In der Tat gab nach halbstündigem Sitzen der vor dem Versuch eiweißfreie Urin deutliche Eiweißreaktionen, ein Beweis, daß in diesem Falle die Lordose nicht, oder doch gewiß nicht allein die Albuminurie hervorrief. Vielmehr war das Auftreten von Eiweiß im Harn von dem Vorhandensein der Skoliose abhängig, entsprechend der stehenden und sitzenden Körperhaltung; das Eiweiß fehlte im Urin bei horizontaler Lage und bei Suspension an den Armen, wobei die Skoliose ausgeglichen wurde.

Von weit größerem Interesse war aber die Prüfung folgender Frage. Wenn bei der vorliegenden Albuminurie analog den Jehleschen Fällen eine statische Ursache im Spiele war — und dies war nach den mitgeteilten Untersuchungen offenbar der Fall —, so lag es nahe, daran zu denken, daß die hier vorhandene Skoliose eine einseitige Wirkung ausübte, so daß möglicherweise nur die eine Niere albumenhaltigen Urin ausschied, die andere nicht. Um dies zu prüfen,

wurde bei dem Kinde der doppelseitige Ureterenkatheterismus vorgenommen, nachdem vorher durch fünfminutenlanges Stehen eine deutliche Albuminurie herbeigeführt worden war. Der Ureterenkatheterismus wurde in gewöhnlicher Rückenlage ausgeführt und gelang sehr schnell. Aus beiden Ureteren floß klarer, nicht blutiger Urin ab. Die Urinportionen wurden zentrifugiert, filtriert und auf Eiweiß untersucht.

Das Ergebnis war, daß der Urin der linken Niere völlig eiweißfrei war, daß dagegen der Urin der rechten Niere deutliche Eiweißreaktionen — mit Essigsäure in der Kälte, sowie mit Salpetersäure und Kochprobe — aufwies.

Diese Beobachtung einer einseitigen Albuminurie bei dem skoliotischen Kinde scheint nun für die Frage des Zustandekommens der orthostatischen Albuminurie nicht ohne Bedeutung zu sein. In erster Linie bestätigt nämlich dieser Fall, so eigenartig er an sich ist, die auf so ausgezeichnete Versuche und ausgedehnte klinische Untersuchungen gestützte Annahme von Jehle, daß die gewöhnliche Ursache der orthotischen Albuminurie in einer abnormen Gestalt der Wirbelsäule zu suchen ist, daß mithin die Albuminurie von rein statischen Störungen abhängig ist. In seinen Fällen bewirkte das Auftreten der Lordose, in dem vorliegenden Falle das Auftreten der Skoliose den Eintritt der Albuminurie, die dagegen nach dem Ausgleich zur normalen Gestalt der Wirbelsäule, auch in orthotischen Haltungen, verschwindet.

Gerade aber die Einseitigkeit der Albuminurie spricht mit für die Richtigkeit der Annahme einer statischen Störung und gegen die Annahme einer funktionellen Nierenschädigung; denn die skoliotische Wirbelsäule kann ihre albuminurieerzeugende Wirkung, falls diese mechanischer Natur ist, nicht auf beide Nieren in gleicher Weise ausüben, sondern, wie schon von vornherein vermutet, wird nur eine Niere unter ihrer Wirkung leiden, da sie ja der einen Niere ihre konvexe, der anderen ihre konkave Seite zuwendet.

Es bleibt jedoch noch zu erklären, in welcher Weise die skoliotische Wirbelsäule auf die eine Niere einwirkt. Die Theorie Jehles für das Zustandekommen der lordotischen Albuminurie läßt sich nicht ohne weiteres auf den vorliegenden Fall anwenden. Jehles Ansicht ist bekanntlich die, daß die lordotisch vorspringende Wirbelsäule auf die untere Hohlvene dicht oberhalb der Einmündung der Nierenvenen einen Druck ausübe. Dadurch wird die Stauung, welche beim aufrechten Stehen schon physiologischerweise in der unteren Hohlvene und sekundär in den Nierenvenen zustande kommt, welche jedoch an sich zu gering ist, um bei normalen Individuen Albuminurie hervorzurufen, so vermehrt, daß die Nieren darauf mit Eiweißausscheidung reagieren.

Für die Entstehung dieser orthostatischen einseitigen Albuminurie kommt eine Stauung in der Hohlvene nicht in Betracht. Eine einseitige Albuminurie könnte ja hierdurch niemals erzeugt werden. Wohl aber könnte die Auffassung geltend gemacht werden, daß es sich auch hier um eine echte Jehlesche lordotische Albuminurie handele, und daß durch den Einfluß der Skoliose in nicht näher be-

kannter Weise die Albuminurie der einen Niere verhindert würde. Diese Deutung ist insofern nicht wahrscheinlich, als einmal die Messungen eine Lordose im Sinne Jehles nicht zeigten. Ferner sprach auch mit Sicherheit dagegen, daß beim Sitzen, wenn die Lordose ganz ausgeschaltet ist, gleichwohl Eiweiß im Urin auftritt.

Soll man überhaupt an einer mechanischen Zirkulationsbehinderung festhalten, so muß man diese also hier in den Gefäßen der rechten Niere suchen. Eine direkte Kompression derselben durch die skoliotische Wirbelsäule kommt nicht in Frage, da ja die Konvexität der Skoliose nicht der betreffenden Niere zu-, sondern ihr abgewandt ist. Eher könnte man unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse folgende Auffassung vertreten:

Die Hohlvene ist etwas rechts von der Mittellinie durch die Lumbalvenen, die Aorta links von ihr durch die Lumbalarterien an der Wirbelsäule so fixiert, daß eine Verschiebung der beiden großen Gefäße kaum möglich ist. Andererseits liegen die Nieren, wie man wenigstens bei den in Frage kommenden jugendlichen Personen annehmen darf, fest in ihrem Lager neben der Wirbelsäule und vermögen einem eventuellen Zug an den Nierengefäßen nur bis zu einem ganz geringen Grade zu folgen.

Es ist also durchaus denkbar, daß die skoliotische Wirbelsäule an den Gefäßen (Arterie und Vene) derjenigen Niere, welche auf ihrer konkaven Seite gelegen ist, nicht unerheblich zerrt. Diese Zerrung kann eine Zirkulationsstörung zur Folge haben, sei es, daß sowohl in der Arterie wie in der Vene der Zufluß bzw. Abfluß behindert wird, oder sei es, daß hauptsächlich in der widerstandsloseren Vene der Blutabfluß gehemmt wird. Daß aber Zirkulationsstörungen in der Niere, sowohl im Sinne einer Anämie, als auch im Sinne einer Stauung zu Eiweißausscheidung führen, ist ja hinlänglich bekannt.

Grätzer.

P. H. Römer und **K. Joseph**, Über Immunität und Immunisierung gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Aus der Experiment. Abteil. des Instit. f. Hygiene u. experim. Therapie zu Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 10.) Es ergab sich aus den Versuchen der wichtige Schluß, daß eine experimentelle Infektion mit Poliomyelitisvirus, die zu keinen klinisch nachweisbaren Folgeerscheinungen geführt hat, Immunität gegen eine nachfolgende, für Kontrollaffen tödliche Poliomyelitisinfektion zurücklassen kann.

Es ist den Verff. durch eine geeignete thermische Beeinflussung des Poliomyelitisvirus gelungen, zu Immunisierungsresultaten zu gelangen, die für praktische Verwertung berechtigte Aussicht bieten. Über die Technik und alle Einzelheiten dieses Vakzinationsverfahrens werden sie erst dann ausführlicher berichten, wenn sie es zu einer völlig unbedenklichen, wirksamen, also praktisch verwertbaren Schutzimpfungsmethode ausgearbeitet haben. Grätzer.

F. Kannegiesser, Ein Fall von Chorea minor mit fehlendem Patellarreflex und ein Fall von Epilepsie mit 13jährigem Intervall. (Ebenda.) Das Wichtigste ist im Titel gesagt. Grätzer.

L. Strauss (Biebrich), Die Ätiologie des Spasmus nutans. (Ebenda.) Heubner schreibt in seinem Lehrbuch der Kinderheilkunde, daß Raudnitz den Spasmus nutans auf eine Überanstrengung der Augen zurückführt, welche durch monatelangen Aufenthalt der Kinder in lichtarmer Wohnung veranlaßt wird.

Über einen sehr beweisenden Fall dieser Art berichtet Str.:

Ein gesundes, kräftiges Kind von 8 Monaten, das noch nicht krank war, gestillt wird und von gesunden Eltern stammt, erkrankte an Spasmus nutans. Schon einige Wochen zuvor, bei Erkrankung eines anderen Familienmitgliedes hatte ich auf die mangelhafte Belichtung des Schlafzimmers und das Ungesunde eines solchen Raumes aufmerksam gemacht. Das Zimmer war groß und luftig und hatte 2 große Fenster. Aber über den Fenstern war ein Schutzdach aus Wellblech angebracht, das einen vor dem Hause stehenden Wagen vor Regen schützen sollte, aber zugleich alles Licht von den Fenstern abhielt. In diesem Zimmer lag das Kind den größten Teil des Tages. Es war den Eltern schon länger aufgefallen, daß das Kind, wenn es etwas genauer sehen wollte, die Augen eigentümlich bewegte. Zurzeit besteht Nystagmus und starke nickende und auch rotatorische Bewegungen des Kopfes.

Da das Kind richtig ernährt wird und auch sonst völlig gesund ist, ist sicher das lichtarme Zimmer allein die Ursache der Erkrankung.

Das Kind mußte bei der Intention, zu fixieren und zu akkommodieren, die Augen überanstrengen. Die Bewegungen des Kopfes sind als Mitbewegungen anzusehen. Grätzer.

J. H. Römer und **K. Joseph,** Spezifisch wirksames Serum gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Aus der experiment. Abteil. d. Instituts f. Hygiene u. experiment. Therapie in Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 11.) Die Virulenz wurde durch Zusatz von Serum immuner Affen — Tieren, welche die Poliomyelitisinfektion überstanden hatten — zu Poliomeylitisvirus aufgehoben, während Normalserum keine neutralisierende Wirkung hatte.

Weitere Versuche müssen lehren, ob diese neutralisierende Wirkung des Serums poliomyelitisimmuner Affen ein regelmäßig nachzuweisendes Phänomen ist. Verff. vermuten, daß für den glücklichen Ausgang ihres Experimentes die Versuchsbedingungen besonders geeignete waren, da die Infektion des Kontrollaffen offenbar nicht allzu schwer war. Weitgehendere Schlußfolgerungen aus diesem Ergebnis zu ziehen, müssen sich Verff. versagen, solange nicht weitere Versuche dasselbe Resultat ergeben haben. Vor allzu optimistischen Ausblicken auf Grund des geführten Antikörpernachweises, etwa im Sinne der Hoffnung auf eine wirksame, präventive oder kurative Serumtherapie der Poliomyelitis, möchten sie sich aber um so mehr hüten, als sich sowohl bei ihren Untersuchungen als denen der anderen Poliomyelitisforscher die frappante Ähnlichkeit zwischen dem Lyssavirus und dem Poliomyelitisvirus immer mehr bestätigt, und man weiß aus den Untersuchungen von Kraus, daß in vitro stark wirkendes rabizides Serum sich in vivo völlig unwirksam erweist, selbst bei Anwendung der optimalsten Applikationsmethoden. Andererseits darf und wird diese Überlegung nicht abhalten, die Gewinnung stark wirkenden Serums zu Präventiv- und Kurativzwecken zu versuchen. Grätzer.

J. Trinchese, Bakteriologische und histologische Untersuchung bei kongenitaler Lues. (Aus der Univers.-Frauenklinik

zu München.) (Ebenda.) Ein Material von 100 syphilisverdächtigen Totgeburten. In 80 Fällen gelang der Spirochätennachweis in den Organen. Am zahlreichsten fand man Spirochäten in den Nebennieren, dann in der Leber. Die Plazenta erwies sich als ziemlich spirochätenarm, doch wurden auch hier stets Spirochäten gefunden, wenn sie beim Kinde nachweisbar waren. Grätzer.

K. Kaspar, Fortschritte in der Intubationsbehandlung der diphtheritischen Larynxstenose. (Ebenda.) Die neuen Tuben bedeuten einen großen Fortschritt; Decubitus ist äußerst selten, die Tracheotomie braucht sehr selten nachgeschickt zu werden. In dem Cnopfschen Kinderhospital in Nürnberg, aus der die Arbeit stammt, wird zuerst mit der normalen Tube (Ebonittube) intubiert, die nur 2 mal 24 Stunden liegen bleibt. Gelingt dann die Extubation noch nicht definitiv, so wird zur Alaunheiltube übergegangen. Grätzer.

G. Heinemann (Charlottenburg), Eine einfache Formel zur Berechnung der Nahrungsmenge für Säuglinge. (Ebenda.) H. stellt eine einfache Formel auf, mittels deren man Tagesmenge und Einzelmahlzeit durch einen einzigen Rechenakt erhält. Die Formel steht auf dem Boden der kalorischen Nahrungsberechnung. Grätzer.

Engel, Über Magenverdauung im Säuglingsalter. (Aus des akad. Klinik f. Kinderheilk. in Düsseldorf.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 12.) E. zeigt, daß die Milchverdauung bei natürlicher Ernährung vorzüglich im Darm stattfindet, während bei künstlicher Ernährung (Kuhmilch) der Magen der Hauptfaktor bei den Verdauungsvorgängen ist. Grätzer.

G. Forssner (Stockholm), Über Lymphdrüsenschwellungen im Inkubationsstadium der Masern. (Ebenda.) Bei einer Epidemie beobachtete F. solche Lymphdrüsenschwellung. In anderen Masernfällen waren sie nicht zu konstatieren. Grätzer.

A. Wiedemann, Tetanus traumaticus mit Antitoxin „Höchst" und Blutserum eines geheilten Tetanuskranken geheilt. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 15.) Es handelte sich um zwei Kinder von 12 bzw. 11 Jahren. Der erste Fall war ein sehr schwerer. Mit Anwendung des Tetanusantitoxin trat die Wendung zum Bessern ein, und zwar schrittweise jedesmal in der Region der Einspritzung. Der kleine Patient wurde vollständig wieder hergestellt.

Im zweiten Falle, wo frisches Antitoxin nicht gleich zur Stelle war, spritzte W. zunächst Blutserum des geheilten ersten Falles ein in der Überlegung, daß in den Körpersäften eines Menschen, der Tetanus übersteht, eine Art natürlicher Immunität hinzukommen muß. Es wurden aus einer Armvene 100 ccm Blut entnommen und ca. 30—40 ccm des abstehenden Serums 6 Stunden später injiziert. Es zeigte sich auch eine Besserung, die aber nur vorübergehend war. Einspritzungen von Antitoxin führten dann Heilung herbei. Grätzer.

P. H. Römer und **K. Joseph,** Beiträge zur Prophylaxe der epidemischen Kindeslähmung. (Aus der experiment. Abteil. des

Institus f. Hygiene und experiment. Therapie zu Marburg.) (Münch. mediz. Wochenschrift. 1910. Nr. 18.) Es genügt die übliche Formaldehyddesinfektion, um das Poliomyelitisvirus sicher zu vernichten. Man darf wohl annehmen, daß die modernen Raumdesinfektionsverfahren (Autanverfahren, Kaliumpermanganatverfahren usw.), in einer energischen Form angewandt, zur Desinfektion von Wohnräumen, in denen Poliomyelitiskranke untergebracht gewesen sind, genügen.

Die Verff. verfehlen aber nicht darauf hinzuweisen, daß es eine ungleich wichtigere Aufgabe der hygienischen Prophylaxe sein wird, die Verbreitung des Virus durch die lebenden Virusträger zu verhindern. Auf die gelegentlich der hessischen Epidemie reichlich an sie gelangten Anfragen wegen einer geeigneten persönlichen Prophylaxe gegen die epidemische Kinderlähmung haben die Verff. halbinstinktiv eine sorgfältige Mundpflege empfohlen. Dieser Rat kann auf Grund der inzwischen fortgeschrittenen Kenntnisse vom Wesen und der Verbreitungsweise der Kinderlähmung nur wiederholt werden. Aufgabe weiterer Forschung aber wird es sein, geeignete, die Mund- und Rachenschleimhaut nicht angreifende, aber gegen das Poliomyelitisvirus desinfektorisch wirksame Desinfektionsmittel aufzufinden. Levaditi und Landsteiner haben übrigens inzwischen Mentholpräparate als wirksam nach dieser Richtung hin gefunden.

Die Verff. können ferner aus den Versuchen Levaditis und Landsteiners sowie den ihrigen folgern, daß das Serum von Affen, die eine künstliche Poliomyelitisinfektion überstanden haben oder in geeigneter wirksamer Weise immunisierend mit Poliomyelitisvirus vorbehandelt sind, die krankmachende Fähigkeit des Poliomyelitisvirus bei genügend langem Kontakt in vitro aufhebt. Der Nachweis spezifisch wirksamer Antikörper bei der Poliomyelitis kann also als sichergestellt betrachtet werden. Grätzer.

Rommeler, Über Typhusverschleppung durch Säuglinge. (Aus der kgl. bakteriologischen Untersuchungsanstalt Neunkirchen.). (Ebenda.) Eine Frau erkrankt an Typhus. 8 Tage darauf kommt sie ins Krankenhaus, ihr $1^1/_2$ jähriges Kind, von ihr bis dahin genährt, wird in einer befreundeten Familie untergebracht. Es hat etwas Durchfall, was aber nicht beachtet wird. Doch jetzt erkrankt die Pflegemutter, deren 3 Kinder und noch 2 im Hause befindliche Personen an Typhus.

Wenn also Mütter, die ihr Kind stillen, wegen Typhus ins Krankenhaus überführt werden, erscheint es dringend geboten, auch den Säugling dort aufzunehmen, da dieser trotz anscheinenden Wohlbefindens — wie im obigen Falle — den Typhus weiterschleppen kann.

Grätzer.

A. Wirtz (Köln), Über Rumination im Säuglings- und späteren Kindesalter. (Ebenda.) 9 Monate alter atrophischer Säugling leidet seit Eintritt der künstlichen Ernährung, an Rumination. Durch rationelle Ernährung gelingt es, das Allgemeinbefinden des Kindes zu heben, und damit verschwindet — ohne sonstige Therapie — das Leiden, nachdem es 8 Monate bestanden. Grätzer.

L. Kaumheimer, Über Rektalgonorrhoe im Kindesalter. (Aus dem Gisela-Kinderspital München.) (Ebenda.) $1\,^1/_2$ jähriges Mädchen, mit Vulvovaginitis behaftet, akquiriert auch Rektalgonorrhoe. Die Stuhlzahl war vermehrt (durchschnittlich 3—4, manchmal 5), jedoch eigentlicher Tenesmus nicht vorhanden. Der Stuhl war stets geformt und zeigte nie innigere Vermengung mit den eitrigen Schleimmassen. Die Entzündung schien völlig schmerzlos zu verlaufen, auch Fieber bestand nicht, wie überhaupt der Allgemeinzustand gänzlich unbeeinflußt blieb. Das Sekret war in der ersten Zeit von dicker, zäher Konsistenz, meist jedoch zeigte sich die Kotsäule an einigen Stellen von fest aufsitzenden, grauen, gerinnselartigen, flockigen, zähen Massen bedeckt. Später wurde die Sekretion weicher, schmieriger, mehr schleimig-eitrig; blutige Beimischung wurde nie beobachtet.

Was die Therapie betrifft, so müssen wir wenigstens bei kleineren Kindern von den Darmberieselungen absehen. Buschke und Flügel schlagen dafür Suppositorien (Arg. nitr. 0,01, Albargin oder Ichthyol 1,0) vor, und Menzen Protargolinjektionen (3—5 $^0/_0$). Da in obigem Falle Spülungen und auch das Auswischen mit 1 $^0/_0$ iger Arg. nitr.-Watte infolge des Widerstandes des Kindes und leichter Blutung sich nicht gut durchführen ließen, versuchte K. es mit kleinen Einläufen (zuerst mit 1 $^0/_0$ igem Tannin 75 ccm) stets nach einer Stuhlentleerung. Es empfiehlt sich wohl, immer geringe Mengen (50 ccm) anzuwenden, da sonst die Flüssigkeit entweder wieder herausgepreßt wird oder bei größerer Menge und stärkerem Drucke gonokokkenhaltiges Material noch weiter nach oben befördert werden könnte. Da Tannin ohne Wirkung blieb, wandte K. dann Albargin (0,16 $^0/_0$) an. Wegen Reizung der Darmschleimhaut wurde später eine Woche damit ausgesetzt und dann wieder mit etwas geringerer Konzentration begonnen (0,1 $^0/_0$). In der letzten Zeit wurde noch Thyresol (3 mal täglich $^1/_2$ Tablette) verabreicht, da dieses Mittel gleichzeitig auch auf Regelung des Stuhlgangs günstigen Einfluß haben soll (Zusatz von Magnes. carb.).

Die Rektalgonorrhoe scheint einen hartnäckigen Charakter zu haben; hier betrug die Dauer des positiven Gonokokkennachweises aus dem Darm 3 Monate.

Bei Kindern mit Vulvovaginitis sollte regelmäßig der Stuhl untersucht werden. Auch der Prophylaxe muß Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei Vulvovaginitis gon. mit reichlicher Sekretion muß ein Überfließen nach der Analgegend zu verhütet werden, entweder durch öfters am Tage vorzunehmende Spülungen (abgesehen von den Sitzbädern) und durch Tamponade der Vulva, eventuell sogar durch Bedeckung der Analöffnung mit einem Wattebausch. Diese Maßnahme ließe sich wohl unschwer durchführen. Auch bei den Reinigungsprozeduren nach der Defäkation wäre spezielle Vorsicht anzuwenden. In den meisten modernen Kinderkrankenhäusern sind Rektalmessungen (3 mal täglich) aller Patienten die Regel. Verf. hält es für richtig, daß Rektalmessungen bei Mädchen, welche an Vulvovaginitis gon. leiden, unterlassen werden sollen. Sind sie aber nicht zu umgehen, so erscheint es notwendig, die Pflegerinnen, denen die Messungen (eventuell auch die Applikation von Einläufen) anver-

traut sind, auf die Gefahr der Übertragung der Krankheit durch das Thermometer usw. speziell aufmerksam zu machen und sie dementsprechend besonders zu instruieren. Grätzer.

A. Siegmund (Berlin), Schilddrüse und Epilepsie. (Mediz. Klinik. 1910. Nr. 18.) Es handelte sich um ein 9jähriges Mädchen, bei dem offenbar Schilddrüsenschwäche vorlag; auf diese wiesen die Kleinheit der Schilddrüse, Schwachsinn, sowie der Zustand der Zähne hin. Die Zähne ließen an ererbte Syphilis als Ursache der Schilddrüsenschwäche denken. Es war also Gutes von einer Thyreoidintherapie zu erwarten.

Eine solche wurde — unter Verbot von Fleisch, Fisch und Eiern — eingeleitet, und die Epilepsie besserte sich in der Tat rasch und augenscheinlich. Der Verstand nahm etwas zu, das Kind wuchs erheblich und nahm auch schnell an Gewicht zu (trotz Thyreoidin!).

Der Fall zeigt also, daß es Fälle von Epilepsie gibt, welche durch Thyreoidin günstig beeinflußt werden, weil sie eben im wesentlichen eine Teilerscheinung von Schilddrüsenschwäche sind. Grätzer.

Windrath (Duisburg-Meiderich), Über Wismut-Intoxikation; nebst Mitteilung eines tödlich verlaufenden Falles nach Applikation einer Bi.-Salbe. (Mediz. Klinik. 1910. Nr. 19.) 2 Kinder wurden durch siedenden Kaffee verbrüht. Ärztlicherseits wurde eine $10^0/_0$ige Bismutsalbe verordnet und die Kinder wurden 2 Tage lang 2 mal täglich damit verbunden. Am 2. Tage begann das eine Kind plötzlich zu phantasieren, dann wurde es hinfällig, bekam Durchfälle, hohes Fieber, Stomatitis, Delirien usw. 14 Tage lang bestand ein schweres Krankheitsbild, dann trat der Exitus ein.

Das andere Kind bot 4 Tage leichtere Intoxikationsstörungen und genas.

Bei dem tödlichen Falle — er betraf ein 8jähriges Kind — war noch besonders bemerkenswert das Auftreten graublauer Flecke im Gesicht, am Rumpf und an den Extremitäten, in beiden Fällen ferner ein sich ausbildendes Exanthem.

Das Auftreten der grau-blauen Flecke hat bereits Lewin beobachtet, er nennt sie ein selten vorkommendes Symptom der Bi.-Vergiftung und erklärt sie durch Bildung von Schwefelbismut. Soweit W. sich in der Literatur davon überzeugen konnte, treten diese Flecke nur bei ganz schweren Vergiftungserscheinungen auf, wie das ja auch im vorliegenden Falle zutrifft. Was das Exanthem anbelangt, so wissen wir, daß dasselbe in den verschiedensten Formen im Verlauf der Metallvergiftungen auftritt, daß es geradezu ein Symptom der Metallvergiftung darstellt. In dem ersten Falle handelte es sich um einen pustulösen Ausschlag, der an den Extremitäten, Leib und Rücken auftrat. Die einzelnen Knoten vereiterten in ihrem zentralen Teil und zeigten geschwürigen Zerfall (schwere Exanthemform). Im zweiten Fall war das Exanthem kleinfleckig, masernartig und bildete sich bald — nach 1—2 Tagen — zurück. Grätzer.

F. Bönning, Ein Fall von Invagination des Ileums und Zökums ins Colon ascendens. (Aus dem Diakonissenhause Elisa-

bethstift in Darmstadt.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 21.) B. gibt von dem interessanten Falle folgende Krankengeschichte und Epikrise:

Es handelt sich um ein 12 jähriges Mädchen, das Ende September erkrankte, zunächst vom Hausarzt behandelt wurde und am 28. November in das Krankenhaus zur Operation überwiesen wurde.

Anamnese: Eltern und Geschwister der Patientin leben und sind gesund. Als kleines Kind hatte sie viel mit Würmern zu tun. In letzter Zeit hatte man jedoch davon nichts mehr gemerkt. Ende September wurde sie von einem Schulknaben gestoßen und dadurch mit dem Leib gegen eine Mauer geschleudert, aus der ein Stein etwas hervorstand. Dieser Stein soll gerade die Oberbauchgegend getroffen haben. Ungefähr um dieselbe Zeit hatte sie einmal Krautsalat und danach Trauben gegessen. Sie wurde daraufhin krank und mußte aus der Schule bleiben. Patientin hatte sehr starke Schmerzen, die im Leib herumzogen. Sie war zunächst noch 5 Tage außer Bett. Etwa 8 Tage lang mußte sie dann zu Bett liegen. Hierdurch wurden die Schmerzen etwas behoben. Der Stuhl war immer angehalten. Sie aß nun etwa 2 Tage, nachdem sie das Bett verlassen hatte, Äpfel. Daraufhin bekam sie abermals diese Schmerzen, sie legte sich jedoch nicht zu Bett. Nach weiteren 8 Tagen beging sie wieder einen Diätfehler. Die ältere Schwester hatte sich zu einem Handkäse eine Tunke bereitet, die stark mit Pfeffer und Salz versetzt war. In diese Tunke tauchte Patientin Brot und verzehrte es. Sie bekam darauf Schmerzen, die etwa 5 Tage lang anhielten. Patientin blieb nun 8 Tage lang zu Hause und war danach wieder ziemlich hergestellt. Anfang November ging sie etwa 14 Tage lang zur Schule. Nun aß sie einmal sehr viel Brot. Daraufhin zeigten sich die Schmerzen, und zwar diesmal sehr heftig. Das Kind war so angegriffen, daß es aus der Schule bleiben mußte. Nun war sie so lange krank, bis sie in unser Krankenhaus kam, am 28. November. Dies letzte Mal waren die Schmerzen ziehend und krampfartig in der rechten und linken Seite, im Rücken und in der Magengegend. Die Schmerzen sind besonders stark alle 4—5 Minuten, wo sich eigentümliche Furchungen auf der Bauchhaut zeigen. In der letzten Zeit war der Stuhlgang immer angehalten. Der behandelnde Arzt hatte das Einlegen eines Darmrohres angeordnet. Bei der Herausnahme des Darmrohres entleerte sich jedesmal etwas gelblicher dünnflüssiger Stuhl. Blähungen gingen nur selten durch das Darmrohr ab.

Status: Äußerst dürftig genährtes Mädchen mit geringem Fettpolster, kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur. Keine Zeichen von Rachitis, Gelenke ohne Besonderheiten. Die Haut ist blaß. Keine Ödeme. Lymphdrüsen ohne Besonderheiten. Äußere Geschlechtsteile ohne Besonderheiten. Kein Auswurf. Abdomen etwas aufgetrieben. Aszites nicht deutlich nachzuweisen. Bauchdecken gespannt. Tumoren nicht fühlbar. Keine Druckempfindlichkeit des Bauches. Alle 4—5 Minuten zeigen sich kontraktionsähnlich Hervorwölbungen und Vertiefungen, die als Spasmen einzelner Darmabschnitte gedeutet werden müssen. Beim Palpieren treten plötzlich derartige Spasmen auf, die der palpierenden Hand den Eindruck von Tumoren machen. Ein auffallender derartiger Tumor verläuft horizontal zwischen Processus xiphoideus sterni und Nabel. Er verschwindet, wenn plötzlich drei andere parallel und nebeneinander liegende Tumoren, die von links oben nach rechts unten in der linken Unterbauchseite verlaufen, auftreten. Beim Erscheinen dieser Hervorwölbungen ist deutliches Gurren zu hören. Die Hervorwölbungen sind nur wenig druckempfindlich. Leber von normaler Konsistenz, eben palpabel, aber nicht vergrößert. Milz nicht palpabel. Nierengegend frei von Druckschmerz. Urin hell und klar, enthält kein Eiweiß, keinen Zucker. Indikanreaktion schwach positiv. Stuhlgang angehalten. Der wenige, der erhältlich ist, dünn, gelb, erbsensuppenartig. Nervensystem ohne Besonderheiten. Es besteht kein Fieber. Puls von normaler Größe und Spannung. Die am 30. November ausgeführte Untersuchung in Narkose ergibt, daß die Spasmen auch während der Narkose auftreten. Ein Tumor ist nicht zu fühlen. Auch bei der Untersuchung per rectum läßt sich nichts Auffälliges feststellen. Die Aufblähung des Magens zeigt, daß derselbe unterhalb des Nabels gelegen ist. Die Aufblähung vom Rektum aus läßt ein Anschwellen des Kolons in der linken Bauchgegend erkennen, weiterhin ist ein solches Anschwellen nicht zu verfolgen. Beim Herausnehmen des Darmrohres entleert sich reichlich mit wenig Kot gemischter gelber Schleim.

Patientin erhielt zu Hause viermal täglich 5 Tropfen Tinct. opii und bekam von Zeit zu Zeit das Darmrohr eingelegt. Jedesmal mit Entfernung des Darmrohres entleerte sich etwas dünnflüssiger, gelber Kot der sehr stark roch. Bei uns erhielt Patientin 3 Tage lang je 5 Tropfen Tinct. opii. Die Spasmen ließen daraufhin aber nicht nach.

Operationsbericht: Die Laparotomie wird im mittleren Drittel der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse angelegt. Bei der Eröffnung des Peritoneums drängt sich eine stark geblähte Darmschlinge vor, die zunächst als der gesenkte Magen gedeutet werden mußte. Es läßt sich eine ganz geringe Menge von Aszites feststellen. Eine Abtastung des Darmes nach dem oberen Ende läßt nichts Abnormes erkennen, nur sehr reichlich Askariden sind dem Finger palpabel. Verlängerung der Laparotomiewunde über den Nabel nach oben hinaus. Abtastung des Darmes nach unten hin. Etwa 50 cm vor dem Ende des Dünndarms ein etwa zwetschengroßes Meckelsches Divertikel. In der Gegend des Endes des Ileums einige Verklebungen, die sich leicht lösen lassen. Darauf zeigt sich plötzlich eine Invagination, die das Ende des Ileums, die Ileozökalklappe, das Zökum mitsamt dem Processus vermiformis betrifft. Alle diese Teile lassen sich leicht aus dem Colon ascendens, in das sie eingestülpt sind, herauslösen. Diese invaginierten Teile lagen nicht, wie es bei der Untersuchung schien, unterhalb des Nabels in der rechten Unterbauchgegend, sondern an ihrer richtigen Stelle etwas unterhalb der Leber. Die Stelle der Valvula ileocoecalis und des Ansatzes des Processus vermiformis ist stark ödematös geschwollen. Die invaginierten Teile sind mit einer ganz dünnen Fibrinschicht bedeckt. Nach der Lösung der Invagination Verschluß der Laparotomiewunde durch Etagennaht. Hautnaht mit Jodoformgaze überdeckt; dies mit Hilfe eines am Rande mit Kollodium bestrichenen Gazestreifens befestigt.

Patientin hat die Operation gut überstanden und befindet sich den Umständen nach wohl. Patientin gab an, zwar noch Schmerzen zu haben, es seien aber andere, als die früheren und nicht mehr so heftig wie diese.

Patientin wird 3 Wochen später geheilt nach Hause entlassen.

Fragen wir nach der Ursache der Invagination, so kommen wir zu folgender Annahme: Eine Anzahl Askariden, die sich von der Ileozökalklappe angesammelt hatten, hatte sicherlich einen Verschluß, wenn man auch nur einen relativen, dieser Klappe bewirkt. Die Anstrengungen, die der Darm gemacht hatte, um diesen Widerstand zu überwinden, den verschließenden Fremdkörper in den Dickdarm zu befördern, das Trauma, das Patientin durch den in der Anamnese erwähnten Stoß erlitt, sowie die Reizung des gesamten Verdauungstraktus durch die verschiedenen Diätfehler mögen zusammen dahin gewirkt haben, daß eine übergroße Peristaltik des Jejunums und Ileums zu einer Invagination des Ileums in das Zökum führte, was ja die am häufigsten vorgefundene Form der Invagination ist. Hier war der Abgang von Stuhlgang zunächst noch möglich, jedoch schritt die Invagination, die ja jetzt den Abgang des als Fremdkörper anzusehenden Askaridenhaufens noch mehr hinderte, langsam und stetig voran und zog so Zökum mitsamt dem Processus vermiformis langsam mit sich, bis sich das bei der Laparotomie vorgefundene Bild einstellte. Daß es von vornherein zu einer Invagination kam und daß sie einen derartigen Umfang annahm, wie wir ihr bei der Laparotomie vorfanden, dazu mag hauptsächlich die Länge des Mesenteriums beigetragen haben. Nach der Untersuchung bestand eine allgemeine Senkung des Verdauungstraktus. Der Magen lag, wie die Aufblähung zeigte, unterhalb des Nabels. Die Laparotomie zeigte uns sodann, daß der Magen und der gesamte Dünndarm ein stark verlängertes Mesenterium besaßen. Die Länge des Mesenteriums also gab, wie

wir vermuten dürfen, die Grundursache für die Darmeinstülpung ab, indem die Peristaltik des Darmes diesen gewissermaßen mobilisierte und in den weniger mit Mesenterium gesegneten und deshalb mehr fixierten Dickdarm leichter hineintreiben ließ. Eine Lösung der Invagination bei der jedesmaligen Ruhe während der Behandlung zu Hause ist wohl auszuschließen, dagegen ist wohl sicher, daß jeder neue Diätfehler, der vielleicht von Darmkatarrh gefolgt wurde und so eine vermehrte und beschleunigte Darmperistaltik herbeiführte, einen erneuten Anstoß für das Weiterschreiten der momentan ruhenden Invagination abgab. Grätzer.

O. Roepke (Melsungen), Wanderpneumonie und Pneumonierezidiv im Kindesalter. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1910. Nr. 9.) R. berichtet über eine Kombination von Wanderpneumonie und wiederholten Pneumonierezidiven bei einem 1jährigen Kinde. Der Fall, den er in seiner konsultativen Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte, stellt auch insofern ein Unikum dar, als die Pneumonie von ihrem ersten rapiden Einsetzen bis zur letzten Krise einen Zeitraum von 68 Tagen umfaßte und innerhalb dieser Zeit sämtliche 5 Lungenlappen nacheinander befiel. Grätzer.

Kleinschmidt (Elberfeld), Zur Diagnose und Therapie der übertragbaren Genickstarre. (Ebenda.) Ausschlaggebend für die sichere Diagnose der Meningokokkenmeningitis ist allein die bakteriologische Untersuchung des durch Lumbalpunktion gewonnenen Liquor cerebrospinalis und die Feststellung von Weichselbaumschen Meningokokken in der Kultur.

Damit möglichst frühzeitig die Diagnose gestellt wird und schon die ersten Fälle einer Epidemie erkannt werden, ist es erwünscht, daß die Technik der Lumbalpunktion eine größere Verbreitung unter den Ärzten findet. Ist erst das Punktat gewonnen, so läßt sich die Untersuchung auf den Krankheitserreger in dem nächsten bakteriologischen Institut bewerkstelligen. Nur muß berücksichtigt werden, daß die Spinalflüssigkeit möglichst frisch zur Untersuchung gelangt, und daß durch längere Abkühlung des Punktats der Nachweis von Meningokokken erschwert wird. Wenn sich der Ausführung der Punktion in der Privatpraxis Schwierigkeiten entgegenstellen oder wenn ein bakteriologisches Institut nicht in der Nähe ist, mögen die verdächtigen Fälle zur diagnostischen Feststellung dem Krankenhaus übergeben werden.

Zeigen sich bei akuten Krankheiten meningitische Symptome, sollte stets die unschädliche Lumbalpunktion vorgenommen werden, auch wenn man beispielsweise Grund zu haben glaubt, an otogene Meningitis zu denken, da bei manchen Genickstarrekranken bereits in der ersten Woche der Krankheit Otitis media eintritt. Gilt diese Regel, in entsprechenden Fällen die Lumbalpunktion auszuführen, schon bei sporadischen Erkrankungen, so sollte man in Zeiten von Epidemien grundsätzlich jeden akut mit Kopfschmerz, Erbrechen, Benommenheit Erkrankten punktieren, auch wenn Fieber und ausgesprochene meningitische Symptome fehlen. War doch in 11 % von K.s Fällen im Anfang keine Temperaturerhöhung zu konstatieren.

Nur bei Befolgung dieses Grundsatzes wird es gelingen, die Mehrzahl der Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und ihrer Ausbreitung wirksam entgegenzutreten.

Die Ausführung der Lumbalpunktion ist auch ein integrierender Teil der Therapie. Ihre Einführung bedeutet einen großen Fortschritt und jedenfalls eine zuverlässige Methode, dem meningealen Exsudat Abfluß zu verschaffen und dadurch die Beschwerden der Kranken zu lindern, die Widerstandsfähigkeit des Organismus zu erhöhen und am Sitze der Entzündung bessere Bedingungen für den Krankheitsverlauf herbeizuführen. Erst seit die Lumbalpunktionen mit einer spezifischen Therapie, mit der Anwendung von Heilserum verbunden werden, scheint sich die Behandlung wesentlich aussichtsreicher zu gestalten.

Auch bei den von K. behandelten Fällen im Elberfelder städtischen Krankenhaus ist die Überlegenheit der intralumbalen Serumbehandlung deutlich. Die Sterblichkeit ist von 40% auf 20% gesunken. Die intralumbale Heilserumeinspritzung soll in der ersten Zeit täglich erfolgen, solange Fieber, Nackenstarre und andere meningitische Zeichen bestehen, solange noch der Liquor getrübt ist und das allgemeine Befinden der Kranken gestört erscheint. Die Ausführung der Punktion und Einspritzung geschieht unter streng aseptischen Regeln. K. bedient sich einer 20 ccm haltenden Rekordspritze mit einem auf die Punktionsnadel genau passenden Schaltstück und hat, nachdem eine entsprechend größere Menge des Liquors vorsichtig im Liegen abgelassen war, das erwärmte Heilserum langsam unter steter Beobachtung des Pulses und der Atmung eingespritzt. Nur selten hat K. mehr als 20 ccm auf einmal verwandt, bei kleinen Kindern meist nicht unter 10 ccm. Nach erfolgter Einspritzung wird die Nadel unter Nachlassen der Rückenkrümmung entfernt, ein kleiner Mullheftpflasterverband auf die Öffnung gelegt und dann eine mäßige Tieflagerung des Kopfes und Oberkörpers vorgenommen. Sowohl die Hohlstellung des Rückens als die Tieflagerung des Oberkörpers, Maßnahmen, die von Levy besonders empfohlen worden sind, hält K. für zweckmäßig, damit das Serum nicht wieder teilweise ausfließt, sondern sich in der Hirn- und Rückenmarkshöhle verteilt. Die nach der Einspritzung nicht selten eintretenden Kopf- und Gliederschmerzen sind meist vorübergehend, zwangen K. allerdings in mehreren hartnäckigen Fällen, schmerzstillende Mittel anzuwenden. Ein einziges Mal trat bei einem 13 Monate alten Kinde nach der 6. Punktion und Einspritzung ein vorübergehender Kollaps ein. Sonst sind üble Zwischenfälle nicht beobachtet worden. Meistens tritt nach der Behandlung Abfall des Fiebers und subjektives Wohlbefinden ein. In mehreren Fällen hat K. Temperaturabfall vermißt und auch länger dauerndes Unbehagen nach dem Eingriff gesehen. Grätzer.

J. Schmid und **F. Schröter**, Über die Beeinflussung der Frauenmilch durch Einnahme von Urotropin. (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffwechs. 1910. Nr. 4.) Bei einem 2 Monate alten Säugling traten nach Verabreichung von Urotropin an die Mutter intestinale Störungen auf. Die daraufhin vorgenommenen methodischen Untersuchungen ergaben, daß Urotropin in die Milch übergeht,

daß dagegen Formaldehyd in der Milch nach Urotropingebrauch nicht nachzuweisen ist.

M. Kaufmann.

Th. Vöckler, Ein Beitrag zu den Fehlerquellen in der Radiographie der Harnleitersteine. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 13. Band. 6. Heft.) Während es bisher nur ausnahmsweise möglich war, die Natur der bei Röntgenaufnahmen wegen Nieren- und Harnleitersteinen so leicht zu Irrtümern führenden „Beckenflecke“ festzustellen, gelang es in dem von Verf. berichteten Falle, bei der auf Grund einer solchen Fehldiagnose vorgenommenen Operation aus der Umgebung des Harnleiters ein hart sich anfühlendes Gebilde zu entfernen und näher zu untersuchen. Es war ein Paket verkalkter Lymphdrüsen, das den Ureterschatten vorgetäuscht hatte.

H. Bauer (Emmendingen).

H. Vogt (Frankfurt a. M.), Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins). (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. Heft 3 u. 4.) Auch vor dem Beginn der eigentlichen Pubertät kommen Krankheitszustände im Kindesalter vor, welche nach deren Verlauf, Verhalten und ganzen Charakter als Frühformen des Jugendirreseins gelten müssen. In manchen Fällen lassen sich direkt die Symptome abnorm früher Pubertätsentwicklung nachweisen: in anderen ist dieses wahrscheinlich. Dieser Umwandlungsprozeß zu einer abnorm frühen Zeit bietet schon an und für sich die Möglichkeit zu einer Affektion der Hirntätigkeit. Auch die Frühformen des Jugendirreseins zeigen katatone, hebephrene und paranoide Zustände. Weitaus am häufigsten sind die ersteren, die letztgenannten naturgemäß am seltensten. Viele Fälle pfropfen sich auf schon vorhandenen Schwachsinn auf, andere haben schon mehr oder weniger lange Zeit vorher Sonderbarkeiten, eigentümliche Manieren gezeigt. Letztere Fälle werden nicht selten in der Schule verkannt und bestraft. Manche Fälle betreffen aber bis dahin völlig normale Kinder. Heilungen kommen vor. Remissionen sind häufig. Viele Fälle gehen in Heilung mit Defekt, manche in totale Verblödung über. Differentialdiagnostisch kommen, außer Hysterie, vor allem die Fälle von Idiotie mit katatonen Erscheinungen in Betracht, katatone Symptome sind bei Idioten häufig. Andererseits können Frühfälle von Jugendirresein, die mit Defekt geheilt sind, solchen Schwachsinnsfällen recht ähnlich werden. Die Diagnose muß, wenn die Differenzierung aus dem charakteristischen Verblödungsprozeß versagt, aus dem Verlauf und den Begleiterscheinungen gestellt werden.

Arthur Stern.

Graefenberg (Kiel), Der Einfluß der Syphilis auf die Nachkommenschaft. (Archiv für Gynäkologie. 1909. Bd. 87. H. 1.) Als sicheres diagnostisches Hilfsmittel für den Nachweis der kindlichen Syphilis kann man, da es sich hierbei doch meist um mazerierte Früchte handelt, nur die Feststellung der Spirochaeta pallida selbst ansehen. Verf. hat bei 50 mazerierten Föten der Kieler Frauenklinik mit der Silberimprägnationsmethode nach Levaditi in 39 Fällen Spirochäten im Gewebe verschiedener Organe nachweisen können (=80%), nur selten in der Plazenta. Von den kongenital-luetischen Kindern waren 92% in mazeriertem Zustande geboren; will man auch bei

lebend geborenen Kindern syphilitischer Mütter Aufschluß über die Übertragung erhalten, so muß man die Nabelschnur ganz dicht am Hautnabel untersuchen. So konnte Verf. bei 39 Früchten, außer in den Geweben der Bauchorgane, auch Spirochäten in der Nabelschnur finden, besonders in der Media der Nabelvene, unabhängig von der fötalen Mazeration. Finden sich hier bei lebender Frucht Spirochäten, so sind meist auch andere syphilitische Symptome vorhanden, z. B. Pemphigus, Exantheme usw. Bei unklaren Symptomen kann man daher durch diesen Spirochätennachweis die Diagnose sichern.

Mit dem Ende der fötalen Entwicklung ist aber die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis von der Mutter auf die Frucht noch nicht beseitigt; denn bei und nach der Geburt des Kindes kann die Ansteckung noch leicht zustande kommen. Bei der Geburt können nässende Papeln der Vulva, aber auch das Sekret der Cervix die Infektion vermitteln. In 4 Fällen ließen sich im Cervixsekret syphilitischer Frauen lebende Spirochäten nachweisen. Erkrankt das Neugeborene nach einer sog. Latenzperiode (oft zuerst mit Coryza), so muß man eine Intra-partum-Infektion annehmen und kann eine kongenitale und eine postembryonale Kindersyphilis unterscheiden.

Die germinative Infektion hat man sich auch nach modernen Ansichten so vorzustellen, daß der Infektionskeim als Beimengung des Spermas oder des Zervikalsekrets an das Ovulum gelangt und dieses infiziert, also rein mechanisch. Neben diesem gewöhnlichen Infektionsmodus tritt die materne oder plazentare Infektion ganz zurück. Natürlich kann ein kongenital-luetischer Fötus auch die bis dahin gesunde Mutter bei der Geburt infizieren. „An Geburtshelfern und Kinderärzten liegt es, die durch die Aufdeckung der Ätiologie gewonnenen neuen Anschauungen über die Vererbung der Syphilis praktisch zum Nutzen von Müttern und Kindern zu verwerten."

Wegscheider.

Hilbert, Über Keratitis parenchymatosa annularis. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. April 1910.) Von der diffusen parenchymatösen Keratitis konstitutionellen Ursprungs trennt Vossius das Bild der „Keratitis annularis" ab, das in seinen Anfängen, seinem Höhepunkt und seinem Endausgang, kurz in seinem ganzen Verlauf vollständig typisch und so eigenartig sei, daß dieser Form unter den parenchymatösen Keratitiden ein besonderer Platz gebühre.

Die Existenz dieses Krankheitsbildes wurde mehrfach bestätigt, jedoch sind die Ansichten über seine Beziehungen zur diffusen parenchymatösen Keratitis geteilt.

Verf. ist nach seinen Erfahrungen gegen eine Sonderstellung der Ringtrübung im Krankheitsbilde der gewöhnlichen parenchymatösen Keratitis; sie sei vielmehr ausnahmslos als ein passageres Stadium obiger Erkrankung aufzufassen.

Sommer (Zittau).

Lohmann, Zur Theorie der Myopiegenese. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1910.) Die Empirie ist der Theorie durch Gewinnung des therapeutisch wichtigen Satzes vorausgeeilt, daß der Schulmyopie durch volle Korrektion bis zu einem gewissen Grade Einhalt geboten werden kann.

Bezüglich der Theorie der Myopiegenese ist zu sagen, daß man bei der Erklärung den Faktor der Disposition vielfach nicht weiter definieren bzw. analysieren zu brauchen vermeinte, da die Analyse der Naharbeit für die Gewinnung klarer Anhaltspunkte aussichtsreicher zu sein schien. Indessen haben die Erörterungen über die Wirkung der Naharbeit trotz scharfsinniger Theorien eine vollbefriedigende Lösung der Frage, welche Mittelrolle die Naharbeit für den Längsbau des Auges spielt, nicht ergeben.

Verf. bespricht nun in seiner Arbeit eingehend die Möglichkeit des kurzsichtigen Langbaus als Ergebnis von Wachstumsdifferenzen (d. i. Wachstumsbeeinflussung des Auges durch Störung der dem Auge innewohnenden Wachstumtendenzen), ohne der Ansicht zu sein, mit diesem biomechanischen Erklärungsversuch die einzige Ursache der Myopie zu bieten. Vielleicht gibt es kein einheitliches Moment der Erklärung des Langbaus des Auges; wie etwa beim Glaukom, kann möglicherweise die Myopie die anatomisch-funktionelle Antwort für verschiedenartige physiologisch-anatomische Ursachen sein.

Sommer (Zittau).

Kraupa, Die angeborene Atresie der Tränenröhrchen und ihre operative Behandlung. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1910.) Das Fehlen der Tränenpunkte mit gleichzeitigem Mangel der Tränenröhrchen gehört zu den seltensten Mißbildungen an den Tränenorganen. Angeborene Atresie der Tränenpunkte und -kanälchen kommt dann vor, wenn der Ductus nasolacrymalis es versäumt, seine Ausläufer, die zunächst als solide Epithelstränge angelegten Tränenröhrchen gegen die Lider zu schicken. Man spricht daher eigentlich besser von einer Aplasie als einer Atresie.

Verf. gibt eine neue, an der Elschnigschen Univ.-Augenklinik (Prag) erprobte, freilich diffizile Operationsmethode bekannt, die sowohl bei angeborenem Fehlen als bei erworbener Obliteration der Tränenröhrchen die Herstellung einer mit Conjunctiva ausgekleideten Anastomose zwischen Bindehaut und Tränensack bezweckt.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Th. Escherich, Über Indikationen und Erfolge der Tuberkulintherapie bei der kindlichen Tuberkulose. (Aus der Wiener Univers.-Kinderklinik.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 20.) E. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Tuberkulin ist nicht, wie man ursprünglich angenommen hat, ein allopathisches, toxinbindendes oder bazillentötendes Heilmittel. Es ist vielmehr das mit mehr oder weniger Leibessubstanzen gemengte, spezifische Toxin der Krankheitserreger selbst, also ein isopathisches Mittel, das nur indirekt durch die Auslösung reaktiver Vorgänge von seiten des Organismus den Krankheitsverlauf zu beeinflussen imstande ist.

2. Die spezifische Wirkung des Tuberkulins kommt nur in dem durch vorausgegangene Infektion allergisierten Organismen zustande.

Dieselbe ruft an der Applikationsstelle sowie in der Umgebung der tuberkulösen Herde eine entzündliche Reaktion hervor, welche durch das Zusammentreffen des Tuberkulins mit dem anaphylaktischen Reaktionskörper ausgelöst und bei größeren Tuberkulinmengen von fieberhaften Allgemeinerscheinungen begleitet wird. Die Einverleibung kleinster Dosen von Tuberkulin bringt eine nachweisbare Vermehrung des Reaktionskörpers hervor, während große Dosen eine Verminderung und völliges Schwinden desselben zur Folge haben, wie aus dem negativen Ausfall der Kutanproben hervorgeht. Gleichzeitig damit kommt es zu einer vermehrten Bildung tuberkulinbindender Antikörper, wohl auch zu einer zellulären Immunität der Körperzellen gegenüber dem Tuberkulotoxin.

3. Die therapeutische Verwendung des Tuberkulins kann in mehrfacher Weise erfolgen. Die Verwendung großer, fieberhafte Reaktionen hervorrufender Dosen ist im allgemeinen zu vermeiden. Dagegen kann durch die Applikation anfangs kleiner, dann langsam unter Vermeidung von Allgemeinreaktionen ansteigender Mengen eine Steigerung der örtlichen Entzündung sowie eine Beschleunigung der Immunisierungsvorgänge (Bildung von Antikörpern) hervorgebracht werden, welche den Ablauf der Krankheit im günstigen Sinne beeinflußt. (Immunisierende Methode.)

Eine andere Art der Tuberkulinbehandlung besteht darin, daß durch Injektion kleinster Mengen, welche ohne wesentliche Steigerung durch längere Zeit, am besten in Etappen gegeben werden und die für die Abwehr der Infektion bestimmten Reaktionen des Körpers zu erhöhter Tätigkeit anregen, in ähnlicher Weise wie dies bei der Spontanheilung der Fall ist. Dabei kommt in erster Linie der anaphylaktische Reaktionskörper in Betracht. (Anaphylaktisierende Methode.)

4. Die erstgenannte, immunisierende Methode kommt, wie die aus den Lungenheilstätten vorliegenden Berichte zeigen, bei der Lungentuberkulose der Erwachsenen sowie bei den vorgeschrittenen Fällen des späteren Kindesalters mit Vorteil in Verwendung. Dagegen eignet sich die anaphylaktisierende Methode für die so zahlreichen Fälle von chronischen, in den Anfangsstadien befindlichen oder auch klinisch nur durch toxische Allgemeinerscheinungen und den positiven Ausfall der Kutanproben erkenntlichen, latenten Tuberkulosen, bei denen der Organismus durch die exzitierende Wirkung der kleinsten Tuberkulindosen zu einer energischen Reaktion angeregt werden soll.

5. Die letztere ist, da sie sich der in der späteren Kindheit so häufigen Spontanheilung nähert und eine Schädigung des zarten Organismus gänzlich ausschließt, die für das Kindesalter besonders geeignete Methode. Es kommt ihr nicht nur ein kurativer, sondern wahrscheinlich auch ein prophylaktischer Wert gegen später auftretende Rezidive zu.

6. Voraussetzung für das Gelingen der Behandlung ist das Fehlen schwerer anatomischer Veränderungen und ein relativ guter Kräftezustand, da sie in erster Linie stimulierend auf die Reaktionsvorgänge im Organismus einwirken soll. Es sind daher bei dieser, wie bei jeder Behandlung der Tuberkulose gleichzeitig die altbewährten Heilmittel: die Liege-, Mast-, Luft- und Lichtkur in Anwendung zu ziehen.

Grätzer.

C. Leiner und **R. v. Wiesner**, Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis acuta IV. (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 22.) Das Ergebnis dieser Untersuchungen wäre im allgemeinen dahin zusammenzufassen, daß der Erreger der Poliomyelitis in virulentem Zustande durch längere Zeit im Rückenmark enthalten sein kann, daß er aus demselben gelegentlich zumindest vorzüglich in die regionären Lymphdrüsen übertritt, sowie zum Teil in die Schleimhaut des Nasenrachenraumes ausgeschieden werden kann. Hingegen scheinen der Darmtrakt und das uropoetische System für die Ausscheidung des Virus aus dem erkrankten Organismus nicht in Betracht zu kommen.

Sodann suchten die Verff. folgende Fragen zu beantworten:

1. Tritt nach überstandener Poliomyelitiserkrankung eine aktiv erworbene Immunität ein und von welchem Zeitpunkte an, bzw. wie lange ist dieselbe nachweisbar?

2. Kommt es stets zur Ausbildung einer solchen Immunität?

3. Hinterläßt auch eine äußerlich reaktionslos verlaufende einmalige Infektion mit vollvirulentem Materiale eine erworbene Immunität?

4. Ist zu irgendeinem Zeitpunkte nach der Infektion eine Überempfindlichkeit des tierischen Organismus wahrzunehmen?

Die Antwort lautet: Das Überstehen einer wohlausgeprägten Poliomyelitiserkrankung hinterläßt bei dem betreffenden Tiere eine aktiv erworbene Immunität; sie ist vom 2. bis zum 99. Tage nach Ausbruch der Erkrankung nachweisbar. Sie braucht nicht immer einzutreten. Man kann weder von einer Immunität noch von einer Überempfindlichkeit sprechen, die durch eine reaktionslos verlaufende Erstinfektion erzeugt werden soll. Auch während der Latenzperiode scheint eine Überempfindlichkeit des tierischen Organismus für die Poliomyelitisinfektion nicht zu bestehen. Grätzer.

M. Herz (Wien), Die Herzbeschwerden der Adoleszenten. (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 22.) Aus der Arbeit seien folgende Abschnitte wiedergegeben:

Nach den Ursachen geordnet, müßte eine genaue Durchforschung der Herzbeschwerden der Adoleszenten eine Reihe von vielfach untereinander kombinierten Gruppen erkennen lassen, welche entweder durch die nicht näher bestimmbare, vielleicht auf Veränderungen der inneren Sekretion beruhende Umstimmung des Organismus oder auf die Veränderungen der topographischen Beziehungen des Herzens, auf die Veränderungen der Kreislauforgane selbst zu beziehen oder in die Kategorie der psychogenen Herz- und Gefäßneurosen einzureihen sind.

Wir sind derzeit noch nicht so weit, diese Gruppen voneinander abtrennen zu können, aber immerhin schon weiter, als daß wir es nötig hätten, wie dies gemeinhin geschieht, entweder fälschlich von einem organischen Herzfehler oder immer schlechtweg von Blutarmut u. dgl. zu sprechen und uns mit der Darreichung von Eisen- und Arsenpräparaten zn begnügen, deren Nutzen hier stets nur von problematischem Wert ist. Ganz aus dem Bereiche unserer Betrachtungen ausschließen dürfen wir aber die Chlorose nicht, da sie während der

Pubertät, besonders bei Mädchen, ein so häufiges Vorkommnis bildet und sich gerne mit Herzbeschwerden nervöser Art kombiniert. Ob aber das Zusammentreffen von Veränderungen im Blutbefunde und wohl auch im Stoffwechsel einerseits und der Beschwerden am Herzen andererseits die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges beider Symptomenkomplexe ohne weiteres rechtfertigt, scheint mir zweifelhaft. Jedenfalls ist es dringend geboten, im Einzelfalle sowohl bei Adoleszenten wie auch bei ausgereiften Individuen nicht gleich auf die blasse Gesichtsfarbe hin — denn diese ist in der Praxis gewöhnlich die vornehmste Stütze der Diagnose Anämie, bzw. Chlorose — die oben erwähnte Therapie zu forcieren, ohne danach zu forschen, ob nicht die mangelhafte Blutversorgung der Haut und die subjektiven Herzsymptome die Folgen einer gemeinsamen Ursache sind, z. B. eines ebenfalls nervösen Magen- oder Darmleidens, einer dauernden psychischen Verstimmung oder dgl., wodurch ja unsere Therapie wesentlich beeinflußt werden muß. Vielleicht werden uns in absehbarer Zeit die Ergebnisse der jetzt so mächtig aufblühenden Forschungen bezüglich der Verhältnisse der inneren Sekretion, die gegenseitige Beeinflussung der Blutdrüsen neue Ausblicke in das derzeit noch so dunkle Gebiet der funktionellen Umstimmungen der Pubertätsperiode eröffnen.

Durchsichtiger sind die Verhältnisse, welche aus dem beschleunigten Wachstum besonders des Thoraxskeletts sich ergeben. Es scheint, daß die Wirbelsäule den die horizontalen Durchmesser des Thorax bestimmenden Knochen vorauseilt, so daß eine Form des Brustkorbes resultiert, welche durch ihre große Länge und geringe Tiefe und Breite charakterisiert ist. Wir finden die Lungengrenzen sehr tiefstehend und die Herzdämpfung lang und schmal. Bei der Röntgenuntersuchung konstatiert man einen Herzschatten, dessen Umrisse nicht die normale Schieflagerung des Herzens andeuten, sondern jene langgestrekte Birnform, die wir heute als das Tropfenherz bezeichnen und auf deren Koinzidenz mit verschiedenartigen Herzbeschwerden F. Kraus nachdrücklich hingewiesen hat. Da der Tiefstand des Zwerchfells, bzw. die Verlängerung des vertikalen Durchmessers des Thorax allein durch eine Verziehung des Organs diese Form erzeugen kann, können wir nicht mit Sicherheit behaupten, daß noch ein zweiter Faktor das Zustandekommen dieser Herzform begünstigt, nämlich ein Zurückbleiben des Wachstums des Herzens selbst gegenüber dem die Raumverhältnisse des Thorax bestimmenden Skelette. Mir scheint eine derartige Annahme dennoch einige Wahrscheinlichkeit zu besitzen, weil ich in einigen Fällen im Laufe der weiteren Entwicklung der Individuen eine normale Gestaltung der Herzsilhouette eintreten sah, bevor noch der Brustkorb seinen juvenilen Typus in den männlichen, weiter ausladenden verwandelt hat. Vielleicht dürfen wir auch bezüglich der Gefäße an ähnliche Momente, d. h. an eine während der Pubertät hinter der raschen Massenzunahme der übrigen Organe zurückbleibende Entwicklung denken. Was die früher an letzter Stelle erwähnten, aus der erwachenden Erotik sich ergebenden psychischen Momente betrifft, dürfte eine detaillierte Schilderung hier nicht am Platze sein.

Die Symptome, welche wir als Herzbeschwerden der Adoles-

zenten zu bezeichnen haben, möchte ich in größerem Umfange zusammenfassen und in folgende Gruppen einteilen: erstens in solche, welche gemeinhin von dem Kranken selbst und seiner Umgebung auf Störungen der Herztätigkeit, bzw. der Zirkulation bezogen werden, ohne daß wir mit Sicherheit entscheiden können, ob dies mit Recht oder Unrecht geschieht, und zweitens mit zweifellosen Herzsymptomen, die sich naturgemäß wieder in subjektive und objektive einteilen lassen.

Unter den Allgemeinsymptomen dominieren die Schwächegefühle, eine allgemeine Mattigkeit, leichte körperliche und geistige Ermüdbarkeit, welche eine Unlust zum Lernen zeitigt, zu häuslichen Konflikten und eventuell zur Unterbrechung begonnener Studien führt. Häufig, besonders bei Mädchen, treten Exazerbationen bis zu Ohnmachtsanfällen auf. All dies pflegt nicht nur von den Laien als Herzschwäche gedeutet zu werden.

Als Herzangst erscheinen die so gewöhnlichen Angstgefühle in der Pubertätszeit, die wahrscheinlich denjenigen der sexuellen Neurosen analog sind. Sie stören gewöhnlich auch die Nachtruhe dadurch, daß sie sich in sehr beklemmenden Verfolgungsträumen äußern, welche gerne zu einem jähen Erwachen führen, nach welchem stets eine sehr erregte Herzaktion und subjektives Herzklopfen zu konstatieren ist. Sie werden in hohem Grade durch die Körperlage beeinflußt, die der Kranke im Bette einnimmt. Unfehlbar treten sie auch bei sonst gesunden Individuen in der Rückenlage auf. Da auch das Liegen auf der linken Seite, der „Herzseite“ unmöglich ist, gewinnt für den Patienten die Annahme einer Herzaffektion sehr an Wahrscheinlichkeit. Ich glaube, daß in letzterem Falle die Verlagerung des Herzens in die engen Teile des ohnehin flachen Brustkorbes und die innigere Anpressung der vorderen Fläche des Herzens an die Brustwand durch die Schwere den Eintritt dieser Erscheinungen begünstigt. Ist der Verdacht einer Herzkrankheit rege geworden, dann werden auch die Appetitlosigkeit und das gelegentliche Erbrechen leicht auf eine Zirkulationsstörung bezogen.

Leicht begreiflich ist die Beunruhigung, welche durch die Atemlosigkeit erzeugt wird, die sich schon bei geringen körperlichen Anstrengungen, besonders beim Stiegensteigen einstellt. Sie ist jedoch wahrscheinlich nicht kardialen Ursprunges, sondern eine Folge der Muskelschwäche, welche bewirkt, daß schon relativ geringe körperliche Leistungen eine große Anstrengung erfordern.

Unter den Herzbeschwerden im engeren Sinne dominiert die Trias der Phrenokardie, Herzklopfen, Schmerzen in der Gegend unterhalb der linken Mamille und eine charakteristische Behinderung der Atmung, die wir als Atemsperre bezeichnet haben. Dabei ist die Herztätigkeit außerordentlich erregt und sehr labil. Das erstere ist an einem eigentümlichen systolischen Schwirren zu erkennen, welches entweder über der Gegend des Spitzenstoßes oder über der ganzen Herzdämpfung zu tasten ist. Die Pulsationen des Herzens pflegen überhaupt deutlicher fühlbar zu werden, und zwar dadurch, daß der Finger leichter in die weichen, von dürftigen Muskelmassen ausgefüllten, von einer dünnen Haut überlagerten Interkostalräume eindringen kann. Dadurch erscheint auch der Spitzenstoß oft verbreitert



und erhöht, ist jedoch stets von geringer Resistenz. Zumeist ist er stark gegen die Medianebene verlagert.

Die Labilität der Herzaktion äußert sich durch einen bedeutenden Wechsel der Pulsfrequenz sowohl bei vollkommener Körperruhe, als besonders bei jedem Wechsel der Körperlage. Mit besonderer Deutlichkeit ist stets ein inniger Zusammenhang der Herzinnervation mit der Psyche nachweisbar. Man kann ein Hinaufschnellen der Pulszahl bei jeder an den Kranken gerichteten Frage konstatieren, besonders wenn diese seine engere Interessensphäre, z. B. seinen in Frage gestellten Beruf oder gar die sexuellen Verhältnisse berührt.

Die Herzdämpfung ist dem Tropfenherzen entsprechend zumeist lang und schmal. Die Auskultation ergibt fast ausnahmslos die eigentümlich vibrierende Beschaffenheit des ersten Tones, die wir bei den Herzneurosen anzutreffen gewohnt sind und die so häufig irrtümlich zur Annahme eines systolischen Geräusches Veranlassung gibt. Nicht selten aber ist ein echtes systolisches Geräusch zu hören, bald nur auf die Spitzengegend konzentriert, bald auch an der Basis, besonders über der Pulmonalis mit besonderer Lautheit hörbar. Der letztere Umstand hat bekanntlich zu der Hypothese einer relativen Pulmonalstenose Veranlassung gegeben als Folge eines Zurückbleibens des Wachstums dieses Gefäßes. Da der zweite Pulmonalton dabei eine größere Intensität besitzen kann, wahrscheinlich infolge der geringeren Überlagerung der Herzbasis durch die Lunge, kann die Differentialdiagnose gegenüber einer Mitralinsuffizienz schwierig werden.

Über die Prognose des Leidens ist nicht viel zu sagen. Sie kann unter allen Umständen als gut bezeichnet werden, wenn nicht eine allgemeine Neurose einen nervösen Dauerzustand des Herzens zeitigt. Erwähnenswert ist auch der Umstand, daß sich in der Anamnese von an Phrenokardie leidenden Patienten sehr häufig die Angabe findet, daß in der Pubertätszeit Herzbeschwerden verschieschiedener Art bestanden haben.

Die Therapie der Herzbeschwerden der Adoleszenten ist sehr dankbar, wenn sie den Allgemeinzustand berücksichtigt, also durch diätetische und allgemein-hygienische Maßregeln den Organismus zu beruhigen und zu kräftigen sich bestrebt. Ferner muß sie suggestiv sein und zwar ebenso für den Patienten wie für seine besorgte Umgebung. Die Behandlung der Herzneurose selbst geschieht in der üblichen Weise, wobei sich die Bevorzugung der physikalischen Agentien und unter den Medikamenten diejenige der Valerianpräparate gegenüber dem Brom zumeist gut bewährt. Grätzer.

C. Levaditi (Paris), Le virus de la poliomyélite aiguë. (La presse médicale. 1910. Nr. 41.) Die Untersuchungen, die der Verf. allein, teils in Verbindung mit Landsteiner ausführte, sowie auch jene teils von Flexner und Lewis, Leiner und Wiesner u. a. haben einiges Licht auf gewisse Eigenschaften des noch unbekannten Virus der akuten Poliomyelitis, auf die Art seiner Verbreitung und Penetration, seiner Elimination, sowie auch einer möglichen Immunisierung geworfen.

Vor allem zeigte sich die Filtrierungsfähigkeit desselben

durch Porzellanfilter, Chamberland oder Berkefeld-Nordtmeyer, so daß man das betreffende Virus als ein außerordentlich kleines Körperchen ansehen muß. Daß es sich hierbei nicht nur um ein Toxin, sondern um Mikroorganismen handelt, erhellt daraus, daß mit der Filtrationsflüssigkeit Serieninfektionen ausgeführt werden können. Die Inkubation bei Affen, die mit der filtrierten virulenten Flüssigkeit geimpft worden sind, ist eine längere, als bei jenen, die direkt mit der virulenten Emulsion infiziert wurden, woraus erhellen würde, daß ein gewisser Teil des Virus in den Wänden des Filters zurückgehalten wird.

Die Lebewesen, welche die Poliomyelitis hervorrufen, erhalten sich lange Zeit außerhalb des Körpers virulent, und zwar in einer Mischung von Glyzerin und Salzwasser 4 Tage lang bei gewöhnlicher Temperatur und 7—22 Tage im Eisschranke Auch die Austrocknung zerstört nicht unmittelbar das Virus, nachdem getrocknete, infektiöse Medullastücke noch nach 24 Tagen die Krankheit bei Affen hervorrufen konnten. Eine viel geringere Resistenz zeigt dasselbe der Wärme gegenüber, da eine 15—20 Minuten lange Einwirkung bei 60° und eine einstündliche bei 50° dasselbe zerstören.

Auf experimentellem Wege kann die Infektion mit virulentem Material durch subkutane Einspritzung, durch solche in die Peritonealhöhle, in den allgemeinen Blutkreislauf und in die Inguinalganglien hervorgerufen werden. Der sicherste Weg ist aber der intrazerebrale. Einspritzungen in die vordere Augenkammer, sowie auch in die Mesenterialvene haben ebenfalls positive Resultate ergeben.

Durch die intakte Nasenschleimhaut ist eine Inokulation nicht möglich gewesen, wohl aber mitunter durch die Schleimhaut des Verdauungstraktus. Einreibung von virulentem Material auf die skarifizierte Haut hat bis nun nur negative Resultate ergeben. Einspritzungen in periphere Nerven haben nach entsprechender Inkubationszeit Lähmungen hervorgerufen, während dieselben ausblieben, falls man den Nerven zentral durchschnitten hatte. Es folgt hieraus, daß der Mikrobe der infantilen Paralyse längs der Nervenbündel wandern kann, um das Zentralnervensystem zu berühren. Hier findet man denselben auch hauptsächlich, sowie auch in der grauen Substanz des Rückenmarkes und des Bulbus, ebenso auch in den Lymphdrüsen, während die zephalo-rachidiane Flüssigkeit, trotz deren Reichtum an Lymphozyten, bei den vorgenommenen Experimenten als nicht virulent erschienen ist.

Über die Eliminierungswege des Poliomyelitisvirus sind von mehreren Forschern Untersuchungen angestellt worden und es scheint, daß hierbei die Nasen- und Speicheldrüsensekrete eine gewisse Rolle spielen. Es ist dies von hygienischem und prophylaktischem Standpunkte von Wichtigkeit.

Endlich konnte festgestellt werden, daß infizierte Tiere, welche das akute Studium ihrer Krankheit überstanden haben, zwar gelähmt bleiben, doch für weitere Infektionen mit Poliomyelitusvirus immun sind. Das Blutserum derselben zerstört das Virus im Reagensglase, hat aber bei infizierten Tieren weder kurative, noch präventive Wirkung.



Aus allen bis nun mit Bezug auf das Virus der Poliomyelitis acuta gemachten Studien erscheint eine, wenn auch nur theoretische große Ähnlichkeit mit der Tollwut. Die Filtrabilität des Virus, dessen Fortpflanzung längs der Nerven, seine Ausscheidung durch die Speicheldrüsen und die hervorgerufenen nervösen Läsionen sind beiden Krankheiten gemeinsam.

Eine zweite praktische Folge ist die, daß die Krankheit als leicht übertragbar erkannt wurde und, da dies durch ausgetrocknete Sekrete möglich ist, so muß auch die Möglichkeit einer Übertragung durch Zwischenpersonen angenommen werden. Was speziell die Kranken also anbetrifft, so müssen dieselben, entsprechend dem oben Ausgeführten, einer genauen antiseptischen Behandlung des Nasenrachenraumes unterworfen werden, und haben sich hierzu dem Verf. Mentholpräparate als sehr wirksam gezeigt. E. Toff (Braila).

E. Metchnikoff (Paris), Recherches sur les diarrhées des nourrissons. (Acad. de médecine. 23. November 1909.) In der Ätiologie der Diarrhöen des Säuglingsalters herrscht noch einige Unklarheit, indem die einen bakterielle Einflüsse, die andern solche toxialimentären Ursprunges beschuldigen. Die Untersuchungen, die M. in dieser Beziehung vorgenommen hat, scheinen ersterer Meinung Recht zu geben. Derselbe mischte geringe Mengen von den Stühlen an akuter Gastroenteritis leidender Säuglinge der Nahrung von Kaninchen bei und rief bei denselben heftige Diarrhöen hervor. Auch bei jungen Schimpansen waren ähnliche Erfolge zu erzielen und die experimentell erzielte Darmerkrankung dauerte bei denselben ungefähr 4 Wochen. In allen diesen Fällen scheint der Proteus die Krankheitsursache zu sein, wenigstens wurde derselbe am häufigsten in den Dejektionen aufgefunden. Auch konnte durch Reinkulturen desselben bei Schimpansen eine tödliche, choleraähnliche Erkrankung bewirkt werden.

In weiterer Verfolgung dieses Gedankenganges muß angenommen werden, daß der in Rede stehende Bazillus auf verschiedene Art in die Nahrung der Säuglinge hineingelangt, da derselbe in der Natur, und namentlich an der Oberfläche vieler Pflanzen sehr verbreitet ist. In prophylaktischer Hinsicht soll daher auf große Reinlichkeit der Brüste bei säugenden Frauen und auf diejenige der Hände jener Personen, denen die Pflege von Kindern anvertraut ist, geachtet werden. E. Toff (Braila).

B. Bord, Die sekundäre akquirierte Syphilis der Nasengänge. (Thèse de Paris. 1909.) In etwa $^3/_4$ der Fälle von sekundärer Lues können spezifische Erscheinungen auf der Nasenschleimhaut beobachtet werden zur selben Zeit, wenn solche auf anderen Schleimhäuten, wie z. B. derjenigen des Kehlkopfes, erscheinen. Namentlich bei Kindern sind in solchen Fällen Untersuchungen des Naseninneren vorzunehmen, da es zu Obstruktionen der Nasengänge kommen kann und die Kinder hierdurch am Säugen gehindert sind.

Die sekundäre Syphilis erscheint in der Nase unter verschiedenen Formen, von denen die häufigste die einfache entzündliche Schwellung der Schleimhaut ist. Hauptsächlich ist die untere Muschel daran be-

teiligt und kann die Affektion ein- oder zweiseitig sein. Ein serösschleimiger Ausfluß begleitet meist diese Schwellung der Schleimhaut; derselbe kann in seltenen Fällen auch eitrig sein oder auch ganz fehlen. Die Schwellung der Schleimhaut ist von einer erythematösen Verfärbung derselben begleitet, doch ist dasselbe öfters umgrenzt und an der vorderen Seite der Nasenscheidewand und an dem vorderen Teile der unteren Muschel zu finden. Hier findet man häufig auch Erosionen, die kaum die Größe einer Linse überschreiten, von einem roten Hofe umgeben sind. Auf dieselben ist vielleicht auch das oftmalige Nasenbluten, welches in diesem Stadium der Krankheit beobachtet wird, zurückzuführen. Endlich können auch hypertrophische Papeln und Kondylome der Schleimhaut beobachtet werden.

Ulzeröse Syphilide der Nasenschleimhaut gehören nicht zum Bilde der sekundären Lues, sondern sind tertiärer Natur. E. Toff (Braila).

Savariaud und **Bonvoisin**, Hémorrhagie par ulcération de l'artère iliaque externe au contact d'un drain. (Bull. Soc. de Péd. 1909. Nr. 9.) Wegen eitriger Bauchfellentzündung bei einem 14 jährigen Mädchen wurde eine mehrfache Drainage der Bauchhöhle vorgenommen. Einer der Drains arrodierte die Arteria iliaca externa, so daß es zu einer profusen Blutung kam. Da sie rechtzeitig bemerkt wurde, konnte sie durch Unterbindung gestillt werden. Heilung. H. Netter (Pforzheim).

J. Darier und **Civatte**, Nävus oder Nävokarzinom bei einem Säugling. (Bull. de la soc. fr. de Dermatol. 1910. Nr. 3.) Ein neues Beispiel für den Wert der Biopsie, wo die klinische Diagnose unsicher ist. — 8 monatlicher Säugling mit einer 2 Monate alten, mitten auf dem Nasenrücken sitzenden, erhabenen, unregelmäßigen Prominenz, die zunächst sehr klein, rapid gewachsen ist und noch täglich zunimmt — jezt halbkugelig — 1 cm im Durchmesser, 2 bis 3 mm hoch, schmerzlos, mit der Haut verschieblich, tiefrot, von fast papillomatöser Oberfläche, hart.

Während nun gewisse Schnitte unmittelbar die Vorstellung eines Lymphosarkoms erweckten, ließen andere wieder an einen Nävus denken. Beide Vorstellungen werden koordiniert und ein Nävosarkom oder Nävokarzinom angenommen, je nach der Bezeichnung, die man zu geben wünscht. Das sarkomatöse Aussehen würde erstern erklären, die epitheliale Natur des Nävus läßt D. die andere Bezeichnung anwenden. Damit kommt er zur Diskussion von zwei sich aufdrängenden Fragen, nach der Herkunft der Nävuszellen und nach der Gut- oder Bösartigkeit des Tumors. D. findet, daß die Schnitte, die auf das erstemal ein Argument zugunsten des bindegewebigen Ursprungs der Nävuszelle beizubringen schienen, schließlich eine Stütze für die epitheliale, Unnasche Theorie liefern. Hinsichtlich des zweiten Punktes spricht sich D. mit aller Reserve aus.

H. Netter (Pforzheim).

G. Railliet, État actuel de la question du Thymus. (Progrès médical. 1909. Nr. 50. S. 629.) Anatomie. — Bei der Geburt schwankt das Gewicht der Thymus von 3—6 g und selbst 14 g. Die Rückbildung beginnt das dritte oder vierte Jahr. Erreicht das Ge-

wicht 20—25 g und persistiert die Thymus noch nach dem 20. Jahr, so handelt es sich um einen anormalen Fall.

Die mittleren Maße für eine 5 g schwere Thymus sind: 5 cm vertikaler Durchmesser, 12—14 mm transversaler und antero-posteriorer Durchmesser.

Die Lappen sind isoliert und aus der Kapsel, mit welcher sie nicht adhärieren, leicht ausschälbar.

Der linke, oberflächlichere Lappen bedeckt den rechten; die hintere Fläche dringt häufig auf der linken Seite in den tracheokarotidealen Raum ein, um sich mit dem N. recurrens in Beziehung zu setzen; der rechte Lappen steigt bis zum 3., der linke bis zum 5. Zwischenrippenraum und selbst bis zum Zwerchfell hinab.

Die Thymus steht in Beziehung zum linken Recurrens, den beiden Pneumogastrici, dem rechten Nervus cardiacus inferior und den Nervi phrenici.

Physiologie. — Manche Autoren haben angenommen, daß die Thymus durch den Mechanismus einer inneren Sekretion eine Wirkung auf die Skelettentwicklung ausübt. Man hat eine Hypertrophie bei Rachitischen, eine Atrophie bei Athreptischen nachgewiesen. Die Thymektomie hat keinen Einfluß auf die Entwicklung der Schilddrüse, die Thyroidektomie bewirkt eine Degeneration der Thymus.

Klinischer Teil. — Bis vor nicht langer Zeit kannte man als klinisches Zeichen der Thymushypertrophie nur den plötzlichen Tod. Wir sind heute infolge der Kenntnis auch der kleinen Zeichen in der Lage, eine frühzeitige Diagnose zu stellen, die uns oft gestattet, durch einen vorbeugenden chirurgischen Eingriff das Kind am Leben zu erhalten.

Die funktionellen Zeichen sind: 1. dem Spasmus glottidis klinisch analoge Erstickungsanfälle; 2. permanente Dyspnoe mit permanentem und paroxystischem Einziehen; 3. Stridor oder geräuschvolle Atmung mit inspiratorischem Maximum. Diese Symptome werden durch die Thymektomie zum Verschwinden oder zur Besserung gebracht. Außerdem werden noch beobachtet Dysphagie, Ödem, Zyanose, Ekzem.

Die physikalischen Zeichen stehen nicht immer in Einklang mit den funktionellen, manche nur wenig hypertrophische Organe können viel schlechter ertragen werden, als andere viel voluminösere. Die Vorwölbung des Brustbeins, die Schwellung dieser Gegend, die Dämfung geben nur unsicheren Aufschluß. Das Gefühl einer suprasternalen Masse kann wertvoll sein, wenn es bei den Hustenstößen oder bei der Exspiration auftritt oder wenn der Stridor durch Eindrücken des Zeigefingers in die Fossa jugularis zum Verschwinden gebracht wird.

Stets muß man an Thymushypertrophie denken bei Erscheinungen von intrathorazischer Kompression, die sich seit den ersten Lebensmonaten entwickelt haben.

Behandlung. — Die Radiotherapie hat günstige Resultate ergeben, aber die Behandlung der Wahl ist die subtotale und subkapsuläre Thymektomie; die totale Ablation ist überdies unnütz, zumal die Exzision eines kleinen Stückes der Drüse zur Beseitigung der Krankheitserscheinungen ausreicht.

Die Technik ist folgende: Mediane und vertikale Inzision usw., die bindegewebige Kapsel der Thymus auf der Sonde spalten, die mit einer Kocherschen Klemme fixierte Drüse wird leicht enukleiert; mit den linken Lappen beginnen, dann den rechten abtragen; Naht der Mm. sternothyroidei, um die Höhle anzufüllen, keine Drainage, Narkose delikat, obgleich keine Komplikationen bisher beobachtet worden sind. Die klinischen Resultate sind ermutigend.

Es ist wahrscheinlich, daß der Tod häufiger durch eine Kompression der Phrenici verschuldet ist, aber der Mechanismus dieses Todes ist ebenso oft dunkel und man hat machmal versucht, ihn auf eine noch unbekannte allgemeine Ursache zurückzuführen, zumal man genug Fälle von plötzlichem Tod mit Schädigungen der Blutgefäßdrüsen, ohne Beteiligung der Thymus verzeichnet hat. Paltauf glaubt, daß es sich dabei um einen Status lymphatico-thymicus handelt; die Thymushypertrophie dürfte dabei häufig nur eine Koinzidenz sein.

H. Netter (Pforzheim).

H. G. Adamson, The metropolitan asylums boards school for ringworm. (The British Journ. of Dermat. Februar 1910.) Das enorme Umsichgreifen der Trichophytie unter den Kindern der Gemeindeschulen Londons veranlaßte die Behörden, die kranken Kinder in besonderen Schulen, woselbst sie auch wohnten, unterzubringen, eine Maßnahme, die sich um so praktischer erwies, als diese Kinder meist armen Familien angehörten. Die Ansteckung in den andern Schulen hörte danach auf. Die kranken Kinder wurden erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt, doch betont Verf., daß solche Erfolge nur durch die äußerste Sachkenntnis eines Röntgenspezialisten zu erreichen sind, ohne daß man schädliche Nebenwirkungen wagt.

Max Joseph (Berlin).

Hildred B. Carlyll, Notes on an anomalous case of dermatitis. (British Journ. of Dermat. Februar 1910.) Das kräftig genährte 10 Tage alte Kind hatte bei der Geburt zwei rote Flecke an Gesicht und Rumpf gezeigt, aus welchen sich Blasen entwickelten, die beim Bersten klare Flüssigkeit entleerten. In wenigen Tagen verbreitete sich die Blasenbildung über den ganzen Körper, führte zu ausgedehnten Exkoriationen, und am 11. Tage trat der Exitus ein. Autopsie wurde verweigert.

Max Joseph (Berlin).

Henry Heiman, A case of diabetes in a boy ten years of age. (Arch. of Pediatrics. Juni 1909.) Die Familienanamnese des auf der Koplikschen Abteilung des Mt. Sinaï Hospital am 13. Oktober 1908 aufgenommenen Knaben ist ohne Belang. Im dritten Jahr Masern, nächtliche Urininkontinenz. Im sechsten Jahr Entfernung der Mandeln und adenoider Wucherungen. Die ersten diabetischen Erscheinungen meldeten sich 5 Monate vor der Aufnahme und bestanden in unaufhörlichem Durst, Polyurie, Gewichtsverlust. — Der augenblickliche Allgemeinzustand ist ziemlich gut, die linke Pupille etwas weiter als die rechte, Polyadenopathie. Lungen intakt, an der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Keine Patellarreflexe, Leber und Milz normal. Die Untersuchung des Urins ergibt für 5700 ccm in 24 Stunden 285 g Zucker. Azeton- und Diazetsäureprobe positiv.

Bei Mehl- und Milchdiät beträgt die Urinmenge 3 Liter mit 5,5 bis 6,3% Zucker, und das Gewicht geht um 3 Pfund in einer Woche zurück. Alsdann, bei Fleisch- und Gemüsediät, Besserung. Am 27. Oktober strengere Diät, Atropin, Natr. bicarbon., Olivenöl. Vom 1. November 1908 bis 4. Januar 1909 fällt der Zuckergehalt bis auf Null. Am 15. Januar, nach einer halben Tasse Schokolade, 60 g Zucker. Seit dem 12. Februar kein Zucker, aber Spuren von Azeton. Nun wird etwas Brot gegeben, 15 g pro die zunächst, dann dreimal pro die, schließlich 105 g. Anstieg des Körpergewichts. — Über die definitive Prognose wird kein abschließendes Urteil gewagt. Die Polyurie besteht nach wie vor.

H. Netter (Pforzheim).

Geo W. Ross, Case of traumatic esophageal stricture in a two-year-old child, with radiograph. (Arch. of Pediatrics. Febr. 1910.) Die Verletzung war durch Verschlucken von Lauge entstanden. Heilung durch Bougierung.

H. Netter (Pforzheim).

George Peacocke, A case of glioma of the spinal cord. (Brit. Journ. of Childr. dis. Juli 1909.) 11 jähriges Mädchen, am 19. März in das Adelaide Hospital in Dublin aufgenommen und 10 Stunden später gestorben. Familie von 10 Kindern. Vater vor 6 Jahren an Phthise gestorben, Mutter gesund. Ein Bruder mit 16 Jahren einem Herzleiden erlegen, eine Schwester an Scharlach gestorben. Die anderen Glieder der Familie sind größer, aber schwächlich.

Typhus in der ersten Kindheit, delikate Konstitution, schwere Frostgeschwüre. 5 Wochen ante exitum eines Morgens Klagen über Schmerz und Steifigkeit im Hals, so daß der Kopf nach links gehalten wurde. Am 12. März Paralyse des rechten Armes. Mehrere Tage später Schmerz in Rücken und Nacken, jede Bewegung wird gefürchtet. Retentio urinae, Sondierung. Das Bein kann im Bett bewegt werden, aber der Arm ist gelähmt. Hypothermie. Krepitierendes Rasseln beiderseits, sehr schwerer Allgemeinzustand.

Autopsie, 1 Stunde post mortem: Hepatisation des rechten Mittellappens. Bei Herausnahme des Rückenmarks findet man ein Blutgerinnsel in seinem Zentrum. Mikroskopisch findet man in dem Teil des Magens, welcher der Sitz der Blutung ist, die Struktur des Glioms. Neurogliazellen, kleine Rundzellen, Blutgefäße usw.

Auffallend ist die sehr kurze Dauer der Symptome (5 Wochen). Die Zervikalregion ist der bevorzugte Sitz der Gliome des Rückenmarkes, die oft von Blutungen begleitet sind.

H. Netter (Pforzheim).

U. Soli, Beitrag zur Kenntnis der Thymusfunktion beim Huhn und einigen Säugetieren. (Archives italiennes de Biologie. 1909. Bd. 52. S. 353.) Die Exstirpation der Thymus bewirkte bei jungen Hühnern, Kaninchen und Meerschweinchen eine deutliche, unter Umständen eine totale Entwicklungs- und Funktionshemmung der Hoden. Zur Brunstzeit erreichten dagegen auch beim thymipriven Tier die Testikel die normale Entwicklungsstufe und überschreiten sie sogar zuweilen beträchtlich. Auf die gesamte Körperentwicklung hat die Thymusabtragung, wenigstens beim Huhn, keinen

Einfluß. Milz, Schilddrüsen und Nebennieren reagierten auf Thymusexstirpation nicht in deutlicher oder charakteristischer Weise.

H. Netter (Pforzheim).

G. Livirghi, Calcolo vescicale in un bambino. Mezzi per favorirne l'uscite spontanea. (Rassegna di Pediatria. 1910. Nr. 3.) Der 3jährige Knabe empfand seit dem 18. Monat Brennen bei der Urinentleerung, die immer schwieriger wurde, und der Harnstrahl wurde schließlich, da heftige Schmerzen eintraten, sogleich unterbrochen. Mit der Guyonschen Sonde wurde eine, von einem in der Blase sitzenden Fremdkörper herrührende Rauhigkeit gefühlt. Ein schwerer chirurgischer Eingriff erschien nicht erwünscht und die Enge der Harnröhre machte eine Lithotripsie unmöglich. Verf. griff daher zur Methode der allmählichen Dilatation, begann mit einer Gummisonde Nr. 8 Ch., machte bei jeder Sitzung eine Blasenspülung mit 80 ccm einer lauwarmen Sublimatlösung 1 : 6000 und massierte den Blasenhals per rectum. So gelangte er mit der Dilatation bis zu Nr. 14 Ch. Nach 42 Tagen, nach einer Injektion von ca. 100 ccm der gewohnten Lösung, wurde mit der Spülflüssigkeit ein Stein herausbefördert, zu dessen völliger Extraktion ein kleiner Einschnitt nötig war. Der Stein war 12 mm lang, wog $^1/_2$ g, hatte eine Dicke von 6 mm und einen antero-posterioren Durchmesser von 7 mm, war grauweiß und glatt. Auch nach mehreren Monaten wurden keine Störungen bemerkt.

H. Netter (Pforzheim).

G. Guidi, Trichozephaliasis und Trichozephalenanämie. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 3.) Der Trichozephalus ist für gewöhnlich ein harmloser Parasit; in einzelnen Fällen ist er aber der Erreger ernster Erkrankungen, sei es des Blutes — Anämien —, sei es des Darmes — Enterokolitiden. Die Anämien, die sehr schwer sein können, betreffen meist Kinder; ihre Entstehung mag auf mehreren Ursachen beruhen, auf der Blutentziehung durch den Parasiten, auf Störungen der Verdauung und der Resorption, auf Parasitengiften. Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle der Florentiner Kinderklinik, die letal endeten, und fügt einen ausführlichen Bericht über 14 bereits in der Literatur niedergelegte derartige Fälle hinzu.

M. Kaufmann.

A. Ramacci, Die Nukleinbehandlung der Kinderanämie. (Clin. med. ital. 1909. Nr. 7—8.) Aus der Kinderklinik zu Parma berichtet Verf. über 10 mit Triferrin (Knoll) und 14 mit Triferrol (Knoll) behandelte Fälle und urteilt günstig über die beiden Präparate, die gern genommen und vom Verdauungskanal ohne Störung vertragen und resorbiert werden. Sie befördern Appetit und Gewichtszunahme und bessern in ganz vorzüglicher Weise die Beschaffenheit, indem sie Hb und Erythrozytenzahl vermehren (teilweise in hohem Grade) und die anämische Beschaffenheit der letzteren beseitigen. Außer bei primären Anämien wirken sie auch günstig bei der Anämie der Tuberkulösen und Rachitiker. Ihre Wirkung ist eine nachhaltige.

M. Kaufmann.

M. Vargas, Serumbehandlung des Typhus. (La Medicina de los Niños. 1909. Nr. 12.) Verf. hat 3 Typhen bei Kindern von 8—11 Jahren mit Borrough-Welcomeschem Typhusserum (1 × 25ccm)

behandelt. Die geringe Anzahl der Fälle erlaubt keine weitgehenden Schlüsse; immerhin schien das Serum die hohen Temperaturen labiler zu machen, die Pulsfrequenz herabzusetzen, das Sensorium zu bessern und die Krankheitsdauer zu verkürzen; irgend einen Nachteil brachte seine Anwendung nie. M. Kaufmann.

Le Pérez del Yerro, Incontinentia urinae durch angeborene Urethralverengerungen. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 14. März 1910.) Unter ausführlicher Mitteilung zweier Fälle, bei denen die methodische Dehnung der Urethra (in dem einen Fall in Verbindung mit der Zirkumzision) Heilung herbeigeführt hatte, macht Verf. darauf aufmerksam, daß nicht selten die Inkontinenz auf kongenitalen Verengerungen der Urethra beruht (letztere nicht selten, wie vielleicht auch in diesen beiden Fällen, auf kongenitaler Lues beruhend). M. Kaufmann.

E. Shukowsky, Hydronephrose als Folge einer Anomalie der Ureteren. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 30.) Am 8. Juli 1908 wurde in die Kinderklinik des weiblichen-medizinischen Instituts zu St. Petersburg ein 9 Monate altes Mädchen wegen einer rechtsseitigen, vor 4 Wochen bemerkten Geschwulst des Abdomens aufgenommen. Hereditäre Belastung fehlt, das Kind ist das vierte in der Familie. Es wog bei der Geburt 10 Pfund, erhielt $3^1/_2$ Monate die Brust, dann Ziegen- und endlich Kuhmilch. 4 Wochen vor Eintritt in die Klinik trat in der rechten Seite des Abdomens eine sich allmählich vergrößernde Geschwulst auf; der Harn wurde trübe. In den letzten Wochen abendliche Temperatursteigerungen. Beim Eintritt in die Klinik wiegt das Kind 7 kg, ist gut genährt, 69 cm lang. Der Harn ist trübe, alkalisch, spez. Gew. 1007, kein Eiweiß, kein Zucker. Mikroskopisch: massenhaft Eiterkörperchen, einzelne Tripelphosphate und harnsaure Aminokristalle, massenhaft Bakterien. Die inneren Organe lassen keine Abweichungen von der Norm erkennen. Da die Diagnose Hydronephrose schon früher gestellt war, wurde eine Probepunktion des Tumors vorgenommen, die einige Kubikzentimeter einer hellen, wäßrigen Flüssigkeit ergab. Mit derselben besäte Nährböden blieben steril. Therapeutisch wurde die Operation beschlossen. Es wurde die Nephrotomie gemacht, da eine Sectio alta unausführbar erschien. Nach Durchtrennung der Muskeln, Faszien und der Fettschicht wurde die Niere stumpf bloßgelegt. Durch Punktion wird eine eitrige Flüssigkeit (Harn mit Eiter) gewonnen. Darauf wird die Niere in einer Länge von 5—6 cm aufgeschnitten, wobei sich unter starkem Druck etwa 200 ccm einer trüben Flüssigkeit entleerten. Der in die Niere eingeführte Finger stieß auf eine große Höhle und konnte die Ureterenmündungen nicht finden. Die Ränder der Niere werden mit den Hauträndern vernäht. Drainage, Tamponade, trockner Verband. Unter Erscheinungen der Dyspepsie, die sich bis zum Bluterbrechen steigerte, und zunehmender Herzschwäche trat 32 Tage nach der Operation der Exitus ein.

Aus dem durch eine Abbildung illustrierten, ein Unikum in der gesamten Literatur darstellenden Sektionsbefund sei folgendes hervorgehoben: Die Harnblase ist durch trüben Urin stark gedehnt; die Schleimhaut derselben ist hyperämisch und mit einer eiterartigen

Flüssigkeit bedeckt. Von jeder Niere verlaufen zur Harnblase zwei Harnleiter. Der oberste derselben, von der Dicke des Fingers eines Erwachsenen, füllte das gesamte kleine und einen bedeutenden Teil des großen Beckens aus. Beide Nieren sind durch Dehnung der Nierenbecken bedeutend vergrößert. Der ganze Harnapparat zeigte folgende Mißbildung: Beide Nieren hatten je zwei getrennte Nierenbecken. Die oberen Nierenbecken gingen in die erwähnten zwei gewundenen und gedehnten Kanäle über, die sich bis zur Harnblase fortsetzten, wo sie im Gebiete des Trigonum Lieutodii getrennt und blind endeten. Mit ihren unteren Abschnitten buchteten sie die Schleimhaut der Harnblase in Form zweier Zysten dermaßen aus, daß zwischen diesen beiden Hervorwölbungen und der Harnblasenschleimhaut nur ein schmaler spaltförmiger Raum für den Harn übrig blieb. Die unteren Nierenbecken setzten sich in zwei andere, ebenfalls etwas erweiterte, hinter den eben geschilderten gelegene Harnleiter fort, deren Enden in die Blase in der Gegend des Trigonum Lieutodii mündeten. Diese Ureterenmündungen waren zwar disloziert und zusammengepreßt für die Sonde durchgängig. Diese Gefäße der linken Niere boden folgende Anomalie dar: Von der Aorta gingen zwei Nierenarterien ab, von denen die eine ihren Lauf zum mittleren Teile der Niere nahm und einen Zweig an das obere Drittel derselben abgab, während die andere zum untern Drittel der Niere ging. Die Geschlechtsorgane wiesen keine Anomalien auf.

Die Sektion klärte somit das Bild dahin auf, daß die verschiedene Beschaffenheit des Harns bei der Probepunktion und bei der Entleerung mit dem verschiedenen Inhalt der von den beiden Nierenbecken abgesonderten Flüssigkeit zusammenhing.

Was die embryologische Seite dieses Falles anlangt, so läßt sie sich in Kürze nicht wiedergeben. Es seien hier nur die Schlußsätze des Autors wiedergegeben: 1. Anomalien des Harnapparats sind keine Seltenheit. 2. Eine zweiseitige Verdoppelung der Ureteren ist selten. Enden aber dabei zwei Ureteren blind in den Wandungen der Harnblase, wie im geschilderten Fall, so handelt es sich um eine große Seltenheit, wenn nicht um ein Unikum. 3. Für die Diagnose von Anomalien der Ureteren ist die Untersuchung der bei Hydronephrose durch Probepunktion erhaltenen Flüssigkeit und der Vergleich derselben mit den Resultaten der Harnanalyse äußerst wichtig. 4. Um die funktionelle Tätigkeit des pathologisch affizierten Nierengewebes festzustellen, ist eine quantitative Untersuchung der Hydronephrosenflüssigkeit und ein Vergleich mit den Resultaten der quantitativen Harnanalyse unbedingt erforderlich. S. Rubinstein (Riga).

Jens Schon, Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit durch Darmresektion behandelt. (Uyeskrift for Läger. 1910. Nr. 15.) Der Patient wurde, schon 4 Monate alt, im Kinderhospital Königin Louise für ein typisches Megakolon behandelt; die Behandlung war symptomatisch. Nach und nach hatten die Beschwerden zugenommen und der Unterleib war kolossal geworden. Im Alter von 14 Jahren wurde er im St. Joseph-Hospital aufgenommen, und der Verf. nahm eine Laparotomie vor; es war eine enorm dilatierte und hypertrophische

Flexura sigmoidea vorhanden, durch eine Knickung bei dem Übergang zum Rektum verursacht. Kolopexie wurde vorgenommen. Eine kurze Zeit war eine bedeutende Besserung vorhanden, dann fingen die alten Beschwerden wieder an, weil eine neue Knickung an der pexierten Stelle eingetreten war. 4 Monate nach der Kolopexie wurde dann Resektion von 90 cm Dickdarm vorgenommen, ein Anus praeternaturalis wurde angelegt und später verschlossen. Der Junge hatte später normalen Stuhl und konnte als geheilt angesehen werden. Bilder des mächtigen beseitigten Darmstücks und Photographien des Patienten vor und nach der Operation sind beigefügt.

Adolph H. Meyer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

8. Sitzung vom 9. Dezember 1909.

1. Oberarzt Monrad: **Ein Fall von Tetanie.** Demonstration eines typischen Falles von Tetanie, bei welchem die Symptome prompt durch Milchdarreichung hervorgerufen wurden; wenn man dagegen dem Kinde eine Mehlsuppe gab, verschwanden die Tetaniesymptome. Unter 22 Fällen von Tetanie hatte der Ref. nur bei 3 Patienten diese eigentümliche Giftwirkung der Kuhmilch beobachtet. In Widerstreit mit Escherich behauptete der Ref., daß nicht jeder Fall von Laryngospasmus mit Tetanie eindeutig sei. Phosphor betrachtet er weder für Tetanie noch für Laryngospasmus als ein Spezifikum. Er erörterte die verschiedenen Theorien; keine von diesen ist nach seiner Meinung stichhaltig.

Diskussion: Lendrop fand, daß der Ref. die Begriffe Spasmophilie und Tetanie zusammengemischt hatte. Er glaubt, daß die Epithelkörperchentheorie durch die Tierversuche von Chvostek und Tineles sehr gestützt wird.

Oberarzt Bering-Meyer: Klinische Erfahrung spricht dafür, daß Tetanie und Laryngospasmus Äste desselben Stammes waren, sie wurden speziell in neuropathischen Familien angetroffen. Nach einer Erfahrung war Phosphorlebertran bei Laryngospasmus wirksam, bei Tetanie empfahl er Narcotica und diätetisch-hygienische Behandlung.

Privatdozent C. E. Bloch hat sowohl bei Ernährung mit Buttermilch als mit Nestles Mehl, das ja auch ein Milchpräparat war, Tetanie beobachtet. Er ist Anhänger der Phosphorbehandlung.

Oberarzt Monrad identifizierte nicht Tetanie und Spasmophilie. Tetania infantum ist nach seiner Meinung ein gut abgegrenztes Krankheitsbild, bei welchem entweder spontane Karpopedalspasmen oder Trousseaus Symptom vorhanden sein müssen (bzw. manifeste oder latente Tetanie). Die Unklarheit stammte von Escherich, der den mißzudeutenden Begriff der tetanoiden Zustände eingeführt hat. Die Tetanie war oft von Laryngospasmus begleitet (unter 22 Tetaniekindern hatten 15 laryngospastische Anfälle); aber Laryngospasmus ohne Tetanie bestand oft; er hat unter 64 Fällen von Spasmus glottidis 49 ohne Tetanie beobachtet. Er betrachtet vorläufig die Tetanie als eine Neurose und findet die Epithelkörperchentheorie nicht überzeugend. Die elektrischen Untersuchungen konnten nicht bei Säuglingen in den ersten zwei Lebensmonaten angewandt werden, da die galvanische Irritabilität noch gleich Null war. Er wiederholte seine Skepsis gegenüber Phosphorlebertran, hob auch die Gefahr, Lebertran bei dyspeptischen Säuglingen anzuwenden, hervor.

2. Dr. Einar Hall: **Zwei Fälle von Parotitis mit langdauernder Inkubationszeit.** Es handelte sich um zwei Fälle von Parotitis mit 12 und 16 tägigem Inkubationsfieber. Die Diagnose ließ sich erst stellen, als die Ohrspeicheldrüsen an-



schwollen, gleichzeitig hörte das Fieber auf. Der eine Fall war mit einer Otitis kompliziert. Es war kein Zeichen von Pyämie vorhanden.

3. Oberarzt Rolf Hertz: **Ein Fall von Actinomycosis pleurae.** Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, der in dem Küstenhospiz Refsnäs wegen vermuteter Tuberkulose aufgenommen worden war. Adolph H. Meyer.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 21. Januar 1910.

Uffenheimer: **Viskositätsuntersuchungen an Milch und den üblichen Säuglingsnahrungen** (nach Versuchen von K. Uchiyama). Die Viskositätskonstante (Koeffizient der inneren Reibung) stellt die Kraft dar, die der Bewegung einer Flüssigkeitsschicht von der Flächeneinheit dadurch entgegenwirkt, daß die Schicht sich mit der stationären Geschwindigkeit 1 im Abstand 1 vor einer ruhenden Schicht parallel vorbeibewegt. (In der Physik gewöhnlich mit η bezeichnet.) Ihre Bestimmung findet mit Hilfe der Viskosimeter statt, von denen die Ausflußzeit der zu unterzusuchenden Flüssigkeit aus einer Kapillare angegeben wird. Es wird dann

$$\eta = \frac{\text{Ausflußzeit für die zu untersuchende Flüssigkeit (t) mal deren spez. Gew. (s)}}{\text{Ausflußzeit für Wasser } (t_1) \text{ mal dessen spez. Gew. } (s_1)}$$

Die Ausflußzeit ist sehr abhängig von der Temperatur der Flüssigkeit. Die detaillierte Untersuchung der einzelnen Milchbestandteile ergab, daß die Hauptrolle beim Zustandekommen von η der Milch das Kasein spielt, in zweiter Linie steht das Fett, dann in einem gewissen Abstand der Zucker, während die Mineralbestandteile ohne Bedeutung sind. Es wurden Einzeluntersuchungen an Frauenmilch, Milchwasser und Milchschleimmischungen, sowie an den gebräuchlichsten Nahrungsgemischen vorgenommen. Es ergaben sich dabei zwar immer gleichsinnige Ausschläge der beiden zu den Bestimmungen benutzten Apparate (Engler nnd Reischauer), bei der Berechnung von η fanden sich jedoch gleichmäßig nicht unbedeutende Divergenzen, und zwar um so größer, je visköser die zu prüfende Flüssigkeit war. Die Aufklärung für diese eigenartigen Verhältnisse liegt auf physikalischem Gebiet; es wird unbedingt notwendig sein, ad hoc eigene, genau arbeitende Apparate zu konstruieren, ehe man sich auf weitere Untersuchungen einläßt.

Sitzung vom 13. Mai 1910.

Mirabeau: **Pyelitis im Kindesalter.** Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, Bakteriologie und Radiologie haben die Lehre von der Pyelitis bedeutend gefördert. Die Hauptfaktoren für ihr Zustandekommen sind: 1. die bakterielle Infektion, 2. eine zur Urinstauung führende Abflußbehinderung.

Ad 1. Obwohl dem Kolibazillus eine wesentliche Rolle zukommt, ist er selten allein beteiligt, meist handelt es sich um Mischinfektionen. Dies zeigt am besten das Ausstrichpräparat, während das übliche Kulturverfahren durch Elektivzüchtung des B. coli irreführen kann. Häufiger als aszendierender ist deszendierender Infektionsmodus durch hämatogene Bakterienausscheidung. Daneben spielt auch direkte Überwanderung von B. coli aus dem erkrankten Darmtraktus in die Harnwege eine Rolle.

Ad 2. Die Harnabflußhinderung hat bei Kindern ihren Sitz fast ausschließlich im Gebiet des Ureters, speziell in seinem Becken- und Blasenanteil. Dazu disponiert in hervorragendem Maße der Bau des Ureters mit seinen physiologischen Engen und spindelförmigen Erweiterungen, die an anatomischen Präparaten und Zeichnungen demonstriert werden. Auch Mißbildungen am Blasenostium des Ureters (Divertikelbildung und Spaltung an der Ureterenmündung) konnte M. in 2 Fällen als Ursache der Urinabflußbehinderung feststellen.

Der klinische Verlauf der akuten Form ist der einer akuten Infektionskrankheit und kann leicht zu Verwechslungen, besonders mit Appendizitis führen. Besondere Beachtung verdient der charakteristische Schmerzpunkt in der Gegend des Quadrat. lumbor. mit Ausstrahlung in die Blasengegend und die von relativ wenig frequentem und vollem Puls begleiteten hohen Temperaturen. Der Urin

kann gerade im akuten Stadium infolge völliger Ausschaltung der erkrankten Seite normalen Befund ergeben; erst mit dem Abklingen der akuten Attacke finden sich die typischen Bestandteile der entzündlichen Erkrankung. Eine topische Diagnose ermöglicht aber einzig und allein die Zystoskopie.

Neben der allgemeinen eventuell lokale Behandlung zur Beseitigung von Abflußhindernissen (Bougierungen des Ureters bzw. chirurgische Eingriffe) und zur Desinfektion (Nierenbeckenausspülungen, Installationen mit Silbernitratlösungen auf dem Wege des Ureterenkatheterismus).

Demonstration der Zystoskopie und des Ureterenkatheterismus an einem 9 jährigen Mädchen.

Sitzung im Giselakinderspital am 10. Juni 1910.

Ibrahim: **Über Tetanie der Sphinkteren, der glatten Muskeln und des Herzens bei Säuglingen.** Besprechung von 2 Fällen von Krampfzuständen des Sphincter vesicae mit hochgradiger Harnretention im Verlaufe von Säuglingstetanie. I. meint, daß auch analoge Krampfzustände des Sphincter ani verkommen (erheblicher Meteorismus bei eklamptischen Säuglingen; auf Einführung eines Darmrohres reichlich Stuhl und Gase). Die Beteiligung glatter Muskeln an Krampfzuständen der Säuglingstetanie wird bewiesen durch die Beobachtung von Pupillenphänomenen. Beobachtung eines Tetaniefalles mit spastischer Mydriasis der einen Pupille, die den Verdacht auf Meningitis erweckte. Lumbalpunktion und Obduktion zeigten die Meningen intakt. Das Kind starb an einem plötzlichen Herztod. Ob sonstige glatte Muskeln, z. B. der Pylorus, gelegentlich im Verlaufe der Tetanie Spasmen zeigen, kann nur durch speziell darauf gerichtete Beobachtungen entschieden werden.

Das Herz soll von Tetanieerscheinungen nach allgemein geltender Anschauung frei sein. I. erinnert an die keineswegs seltenen plötzlichen Todesfälle im Verlaufe der Säuglingstetanie. Er hat 3 Fälle dieser Art gesehen, bei denen Glottiskrämpfe und exspiratorische Apnoe keine Rolle spielten. Auch im Glottiskrampf sterben die Kinder, wie bekannt, nicht an Erstickung, sondern an plötzlichem Herzstillstand. Nur in einem Teil der Fälle findet sich dann eine große Thymus oder ein Status lymphaticus. I. hält den plötzlichen Herzstillstand für ein primäres Tetaniesymptom, den Karpopedalspasmen, dem Glottiskrampf und den eklamptischen Zuständen koordiniert und schlägt dafür die Bezeichnung „Herztetanie“ vor. Ob Vagus- oder Sympathikuserregung dabei eine Rolle spielen oder andere schwieriger zu beurteilende Momente, ist vorerst nicht entscheidbar. — Zum Schluß weist I. auf die Beziehungen der Epithelkörperchen zu den anderen Organen mit innerer Sekretion, zum chromaffinen Gewebe und Sympathikus hin.

Nothmann berichtet über **einige Erfahrungen über die Ernährung kranker Säuglinge mit Eiweißmilch nach Finkelstein und L. F. Meyer.** 9 Fälle mit fast durchwegs sehr günstigem Effekt. Indikationsstellung. Technik.

Diskussion: Rommel, Reinach, Ibrahim, Uffenheimer, Nothmann.

Demonstrationen: Klar: $3^1/_2$ jähriges Mädchen mit doppelseitiger **Hüftgelenksluxation**, nach Lorenz geheilt.

Lotmar: 11 jähriger Knabe mit einem **Tumor der hinteren Schädelgrube**, wahrscheinlich der rechten Brücke.

Diskussion: v. Stauffenberg.

Ibrahim: a) 2 jähriges Kind mit **osteomalazischer Rachitis.**

b) 9 jähriger Knabe mit **beiderseitigem Schichtstar, lebhaftem Fazialisphänomen und symmetrischen, horizontal begrenzten Schmelzhypoplasien** an den Inzisiven und ersten Molaren (Fleischmann). I. hat ein besonderes Augenmerk auf das Zusammentreffen von Fazialisphänomen und Schmelzhypoplasien gerichtet; er stellt mehrere Kinder vor, bei denen beide Symptome in typischer Weise vorhanden sind, zugleich mit typischer Tetanieanamnese. Allerdings findet sich die gleiche Zahnanomalie auch bei Kindern ohne Fazialisphänomen, bei denen sich anamnestisch zwar Rachitis, aber keine Anhaltspunkte für Tetanie eruieren ließen.

Nothmann stellt einen Fall von angeborener, doppelseitiger Hüftgelenksluxation bei einem 10 jährigen Knaben mit starker **Lordose der Lendenwirbelsäule** und starker **Albuminurie** vor. Nephritis konnte durch mehrtägige Beobachtung ausgeschlossen werden. Der Urin enthielt auch in den eiweißhaltigen Portionen



außer vereinzelten Leukozyten keinerlei Formelemente. N. weist auf die sicher festgestellten Beziehungen zwischen Lendenwirbelsäule und Albuminurie hin, die allerdings vielleicht nicht in jedem Falle von sogenannter orthotischer Albuminurie zu bestehen braucht.

IV. Neue Bücher.

R. Klapp. **Funktionelle Behandlung der Skoliose.** II. Auflage. Jena, G. Fischer. Preis: Mk. 4,50.

Die Skoliosenbehandlung hat Verf. viel zu verdanken, seine Methode hat — richtig angewandt — schon die besten Erfolge aufzuweisen. Vor allem gebührt Verf. das Verdienst, dies Gebiet auch dem praktischen Arzt zugänglich gemacht zu haben, und wer sein Buch gründlich studiert, dürfte gleicher Erfolge sicher sein, wie sie Verf. selbst erzielt hat. Sehr gute Bilder begleiten seine klare und präzise Darstellung. Jeder Praktiker sollte sich das Buch anschaffen. Grätzer.

A. Peters. **Die Erkrankungen des Auges im Kindesalter.** Bonn, Fr. Cohen. Preis: Mk. 6.

Wenn auch — namentlich in den großen Städten — die Spezialisierung immer größer wird, muß doch auch der Kinderarzt auf dem Gebiete der Augenkrankheiten Bescheid wissen. Wer sich darüber orientieren will, dem ist das vorliegende Buch warm zu empfehlen. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Berliner Armendirektion** hat mit dem Kuratorium des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche eine vertragliche Vereinbarung getroffen, daß arme, der klinischen Behandlung bedürftige Schwangere, Wöchnerinnen und Säuglinge in die genannte Anstalt aufgenommen und dort ärztlich auf Kosten der Armendirektion behandelt werden. Die Aufnahme erfolgt auf Grund von Krankenhaus-Aufnahmescheinen.

— Frl. L. Loppnow, langjährige Oberin der Kinerheilanstalt von Prof. H. Neumann, hat in Arosa (Graubünden, 1750 m ü. M.) ein **Pensionat für kränkliche Kinder und junge Mädchen** eingerichtet. Auskunft durch das Bureau des Kinderhauses, Blumenstraße 78.

Breslau. Priv.-Doz. Dr. H. Vogt ist zum Oberarzt an der Kinderklinik in Straßburg ernannt.

Stolp i. P. Eine besoldete **Säuglingsfürsorgedame** ist angestellt worden, die an den Sitzungen der Armendirektion teilnimmt und Beraterin der Armenkommission ist. Sie besucht diejenigen Familien, wo eine Belehrung der Mütter und Kontrolle der Säuglinge angebracht erscheint. Auch Mittel für Stillprämien sind in den Etat eingestellt.

Nürnberg. Eine vom Verein für Krüppelfürsorge gegründete **Beratungsstelle** für arme krüppelhafte Kinder ist eröffnet.

Heidelberg. Prof. Dr. Feer ist primo et unico loco als o. Prof. der Kinderheilkunde nach Zürich berufen und wird sein Amt am 1. April 1911 antreten.

Budapest. Dr. M. Pauncz, Direktor des Stefanie-Kinderspitals, hat sich für Krankheiten der oberen Luftwege habilitiert.

Wien. Dr. D. Galatti hat eine Berufung als Prof. der Kinderheilkunde nach Athen erhalten.

Gestorben: Prof. A. Mori, Direktor der Kinderabteilung am Ospedale Maggiore in Mailand. — Dr. O. P. Rex, Prof. der Kinderheilkunde am Jefferson Medical College in Philadelphia.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. BAUER (Emmendingen), Dr. W. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. O. EVERSBUSCH (München), Prof. Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. Gg. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. M. MICHALOWICZ (Warschau), Dr. Herm. NETTER (Pforzheim), Dr. G. OOTMAR (Haarlem), Dr. S. RUBINSTEIN (Riga), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. G. SOMMERS (Zittau), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. VULPIUS (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. WEGSCHEIDER (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Oktober 1910. Nr. 10.

Inhalt.

I. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Neue Bücher. — IV. Monats-Chronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Oktober 1910. Nr. 10.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

E. Feer, Die Kinderheilkunde im Universitätsunterricht Deutschlands. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Die sehr verdienstvolle Zusammenstellung zeigt, wie dringend notwendig es ist, die bisher so stiefmütterlich behandelte Kinderheilkunde mit den anderen Disziplinen völlig gleichzustellen. Von 20 Universitäten entbehren noch 8 einer Kinderklinik; manche haben Kinderpolikliniken gleichzeitig für Erwachsene und Kinder; an 9 Universitäten wird Kinderheilkunde nicht von einem Pädiater, sondern vom Internisten gelesen. Feer fordert für jede medizinische Fakultät eine Kinderklinik mit moderner Säuglingsabteilung und eine vom Dienst für Erwachsene getrennte Kinderpoliklinik, alles unter Leitung eines etatmaßigen besonderen Professors, der Pädiater von Fach ist und diese Funktionen im Hauptamt versieht. Auch im Studiengang und besonders im Examen soll der Kinderheilkunde eine bedeutendere Rolle gegeben werden.

Hecker.

R. Fischl, Zur Frage der orthotischen (lordotischen) Albuminurie. (Referat vom 16. internationalen Kongreß in Budapest.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Nach einem geschichtlichen Überblick über die große Literatur zeigt F. an seinen Beobachtungen die Richtigkeit der von Jehle beschriebenen Tatsachen, daß Kinder, die an sogenannter orthotischer Albuminurie leiden, eine bogenförmige Lordose im Bereich ihrer Lendenwirbelsäule aufweisen, deren Tiefpunkt in der Gegend des 1. und 2. Lendenwirbels liegt und die mit flacher Position des Kreuzbeins kombiniert erscheint. In allen Körperstellungen, bei denen die Lendenlordose sich ausbilden kann oder künstlich erzeugt wird, kommt es zu Albuminurie, während ihr Ausgleich, gleichviel ob derselbe im Liegen, Sitzen, Knien oder Stehen erfolgt, die Eiweißabscheidung zum Schwinden bringt. Nun gelang es F. (wie auch z. B. Bruck, Heubner) nicht immer, die Eiweißsekretion durch Lordosierung in Rücken- oder Bauchlage hervorzurufen. (Möglichkeit von Versuchsfehlern?) F. und Escherich glauben, daß neben der Lordose auch eine gewisse Disposition der Nieren im Spiele ist, da nicht jedes lordotische Kind Albuminurie zeigt. Pathogenetisch glaubt F., daß unter dem Einfluß einer bei gewissen Körperhaltungen wirksam werdenden Lordose im Anfangsteil der Lendenwirbelsäule eine Nierenstauung erzeugt wird, die, bei bestehender Disposition dieser Organe

für mechanische Einflüsse, zur Ausscheidung von Eiweiß und von Formelementen führt. Bei seinen 41 Tierexperimenten unter den verschiedensten Manipulationen gelang es nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden Albuminurie zu erzeugen; bei 4 Tieren, die zu mehreren Versuchen verwendet worden waren, trat dauernde Albuminurie ein, starke Herabsetzung des Urinquantums und mit einem mikroskopischen Urinbefund, der völlig dem der akuten Nephritis glich. Therapeutisch rät F. möglichst frühzeitiges und aktives Vorgehen an, besonders Vorsicht bei Spiel und Beschäftigung. Schließlich macht er den Vorschlag, dem Leiden den Namen: „lordotische Dispositionsalbuminurie" zu geben.

Hecker.

L. Fischer, Klinische Beobachtungen über Meningitis cerebrospinalis und die Resultate der Behandlung mit Flexner-Serum in New York. (Vortrag in der Sektion für Kinderheilk. auf dem Budapester Kongreß 1909.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Ausführliche Krankengeschichten dreier Fälle der schwersten Formen aus dem letzten Jahre, ferner statistische Mitteilungen über die günstigen Erfolge der Behandlung mit Simon Flexners Antimeningitisserum.

Hecker.

S. Weiss, Ein Beitrag zur Technik des Stillens. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) W. beschreibt eine neue Milchziehflasche, die eine Kombination einer Trinkflasche mit einem Saughütchen ist. Dieselbe kommt in Betracht für die Ernährung saugschwacher, frühgeborener, ferner luetischer Kinder, die man auf diese Weise mit der Milch einer gesunden Amme ernähren kann. Sie eignet sich auch für die Beschaffung von Frauenmilchvorräten (nach Mayerhofer und Přibram) und kann zugleich als Transport- und Trinkflasche dienen. Besonders hervorgehoben wird die große Saugkraft der Flasche, die einerseits als Saugreiz an der Brustwarze für die Milchbildung wertvoll erscheint und die andererseits auch ein bedeutend größeres Milchquantum herbeizuschaffen imstande ist.

Hecker.

P. Rohmer, Tuberkulose und Tuberkulintherapie im Säuglingsalter und frühen Kindesalter. (I. Mitteilung.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Literaturzusammenstellung. Drei mit ziemlich hohen Dosen von Tuberkulin behandelte und zur Sektion gekommene Fälle lassen jegliche reparatorischen Vorgänge in den Organen vermissen.

Hecker.

A. N. Schkarin, Über den Einfluß der Nahrungsart der Mutter auf Wachstum und Entwicklung des Säuglings. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 2. S. 65.) Sch. experimentierte an Kaninchen. Das Muttertier wurde bei ausgewählter Kost gehalten, die Gewichtszunahme der Jungen verfolgt und zum Schluß der Phosphorgehalt des Körpers bestimmt. Die Nahrung der Muttertiere bestand entweder in reiner Pflanzenkost, oder das Tier wurde mit Fleisch und Milch, oder mit Milch und Eiern ernährt. Ungeachtet der Tatsache, daß ein seine Jungen säugendes grasfressendes Tier eine ihm ungewohnte animalische Nahrung erhielt und infolgedessen intoxiziert war, blieb dessen Stillvermögen und die Zusammensetzung

seiner Milch ohne wesentliche Veränderung. Die Jungen erhielten von der Mutter trotz der Erkrankung alles, was für ein normales Wachstum und normale Entwicklung nötig war.

Sch. ließ sich den Ausführungen von Johannessen und Tugendreich an, daß der Ernährungszustand und Art der Ernährung der Mutter innerhalb sehr weiter Grenzen keinen Einfluß auf ihr Stillvermögen hat. Schick (Wien).

A. Keller, Über den Einfluß der Ernährung der Stillenden auf die Laktation. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 2. S. 69.) Anschließend an die Schkarinsche Publikation berichtet K. über eine genau verfolgte Eigenbeobachtung über genannte Frage. Es handelt sich um eine 28 jährige Frau eines Kollegen, bei der Schwangerschaft und Geburt normal verlaufen war. Sie wollte ihr Kind selbst stillen, hatte aber gleichzeitig den Wunsch, durch das Stillgeschäft nicht ihre Körperformen zu verlieren. Um Zunahme des Körpergewichtes zu verhüten, unterwarf sich die Frau einer „Bantingkur", wobei sie in 16 Tagen 2,3 kg verlor. Nach vorübergehender Zunahme bei gemischter Kost werden weitere Körpergewichtszunahmen durch salzarme Diät und körperliche Bewegungen aufgehalten.

Diese eingreifenden Maßnahmen hatten keinen deutlichen Einfluß auf die Milchproduktion, denn die Milchkurve blieb immer auf gleicher Höhe (350—450 g). Doch hielt sich dieselbe durch 2 Monate. Dann mußte zur Ammenernährung übergegangen werden. Auch an der Körpergewichtskurve des Kindes zeigte sich der Einfluß der Unterernährung bis zum Eintritt des Ammenernährung. Schick (Wien).

Ad. Czerny, Die erste Vorlesung in Straßburg am 9. Mai 1910. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 131.) C. weist auf den Aufschwung der Pädiatrie in den letzten Jahrzehnten hin, den wir zum Teil der pathologischen anatomischen Betrachtung, zum Teil den anderen Hilfswissenschaften, Bakteriologie, Serologie, endlich der Chemie und den Tierexperimenten verdanken. Diese Bestrebungen haben vielfach dazu geführt, die Aufmerksamkeit der Pädiater von der Klinik, vom Kranken abzuwenden, und doch sei die klinische Beobachtung der Ausgangspunkt aller Studien, aus ihr schöpfen wir die wissenschaftlichen Probleme. Alle Hilfswissenschaften sollen uns nur dazu dienen, einen tieferen Einblick in die Ätiologie und Pathologie zu erlangen. Als Beispiel dafür, wie die klinische Beobachtung Richtung gebend ist für unsere ganze Auffassung der Erkrankung und wie die Hilfswissenschaften fördern können, wählt C. die Rachitis.

Geht man von den Symptomen an den Knochen aus und betrachtet man die Rachitis hauptsächlich als eine Erkrankung des Skelettes, so wird man eine Störung im Kalkumsatz als kardinales Moment in der Pathogenese der Rachitis betrachten (mangelhafte Kalkzufuhr, ungenügende Retention des zugeführten Kalkes usw.). Größere Schwierigkeiten bietet das Symptom der Knorpelverdickung. Diese sei immer als Ausdruck einer Knorpelwucherung aufgefaßt worden. Man müßte daher einen zweiten pathologischen Prozeß bei

der Rachitis annehmen, der den Knorpel zum Wuchern bringt. C. betont, daß es sich bei den Knorpelverdickungen gar nicht um Wucherung, sondern nur um Quellung des Knorpels handelt, welche dadurch zustande kommt, daß der Kalkbestand des Organismus abgenommen hat; denn Krasnogorski hat nachgewiesen, daß Kalziumsalze im Gegensatze zu Kalium- und Natriumsalzen die Quellung des Knorpels hemmen. Man braucht also nicht zwei pathologische Prozesse anzunehmen, sondern die klinischen Symptome am Knochen und Knorpel finden ihre gemeinsame Erklärung in einer Alteration des Kalkumsatzes.

Unter dieser Annahme liegt es nahe, die Ursache dieser Alteration in einem Nährschaden zu suchen. Diese Anschauung erklärt aber noch nicht die klinische Tatsache, daß bei gleichartiger Ernährung das eine Kind rachitisch wird, das andere nicht. So müßte man eine angeborene Disposition voraussetzen, die man sich nach C. als angeborenen Mangel am Kalksalzen in einzelnen oder in allen kalkhaltigen Geweben vorstellen kann. Solche Differenzen sind nachgewiesen.

Trotzdem darf man die Bedeutung des Kalkmangels für das Krankheitsbild der Rachitis nicht überschätzen. Man muß immer wieder auf die klinische Beobachtung zurückkommen, die uns zeigt, daß die Rachitis einen Symptomenkomplex aufweist, der als allgemeine Ernährungsstörung aufzufassen ist, welche sich unter anderem auch an den Knochen äußert und eine Reihe von Symptomen von seiten des Nervensystems zeigt. Ob die Ernährungsstörung oder die Erscheinungen von seiten des Nervensystems das Primäre im Krankheitsbilde sind, läßt sich vorläufig nicht entscheiden. So viel ist sicher, daß man durch eine rechtzeitig eingeleitete Ernährungstherapie den Verlauf der Rachitis beeinflussen kann.

Zum Schlusse ermahnt C., sich nicht in Details zu verlieren, solange noch die Hauptfragen im Krankheitsbilde unklar sind. Die klinische Beobachtung muß wieder in ihre Rechte treten. „Sie muß einzig und allein die Richtschnur für unser ärztliches Handeln und die Grundlage aller Forschungen bilden.“ Schick (Wien).

G. Berg, Zur Diagnose und Therapie der Blasensteine beim Kinde. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 20.) 1. Die Lithotripsie bei Kindern bietet sowohl für die Zertrümmerung wie für die Aspiration der Fragmente besondere Schwierigkeiten, die umgekehrt proportional dem Alter des zu operierenden Kindes und direkt proportional der Größe und Härte des Steines sind.

2. Bei adhärentem Stein ist die Sectio alta die Operation der Wahl.

3. Die totale Blasennaht ist fast immer ein Risiko und kürzt den Heilungsverlauf nur in den seltensten Fällen ab.

4. Der Dauerkatheter soll solange als möglich, jedenfalls aber bis zum Schluß der Blasenwunde beibehalten werden. Grätzer.

J. Igersheimer, Die Keratitis parenchymatosa eine echtluetische Erkrankung. (Aus der Univers.-Augenklinik in Halle.) (Ebenda.) Durch den Nachweis der Spirochaete pallida in

einem frisch exzidierten Stück einer parenchymatös erkrankten Hornhaut bei einem 14jährigen Menschen, der an sicherer Syphilis hereditaria litt, ist J. in der Lage, die Beweiskette zu schließen und zu behaupten, daß die Keratitis parenchymatosa eine echtluetische, d. h. durch Spirochäten hervorgerufene, Erkrankung ist. Grätzer.

J. Ibrahim, Zur Behandlung schwerer Bronchopneumonien des frühen Kindesalters. (Aus dem Gisela-Kinderspital in München.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 23.) Hydrotherapeutische Prozeduren spielen eine große Rolle. Doch möchte I. raten, von den Prießnitzschen Packungen bei höher fiebernden Pneumonikern ganz abzusehen und die Wickel überhaupt nur da anzuwenden, wo man eine Antipyrese erzielen will, dann aber so, daß man die undurchlässige Einlage ganz wegläßt und alle 10—20 Minuten (höchsten halbstündlich) die mit zimmerwarmem Wasser getränkten und mit einfachem Wolltuch bedeckten Umschläge (Rumpfwickel oder Ganzpackungen) so oft wechselt, bis der gewünschte Effekt erzielt ist; im übrigen aber ist es eine wohlbegründete Forderung, möglichst alles zu vermeiden, was eine Erschwerung der Atmung herbeiführen könnte.

Auch die Heubnersche Senfpackung, die sich bei diffuser Kapillärbronchitis und beginnenden Infiltrationen so segensreich erweist, ist bei schweren konfluierten Bronchopneumonien nur mit großer Vorsicht und Auswahl anwendbar. Spasmophilie, Lymphatismus und Keuchhusten dürften als Kontraindikation in Frage kommen.

Dagegen sind warme Bäder mit nachfolgender kühlerer Übergießung in der Regel sehr wirksam und nützlich, namentlich als expektorierende Maßnahme, wo viel feuchtes Sekret vorhanden ist, z. B. häufig bei Masernpneumonien, auch wo das Sensorium getrübt ist und infolge der Benommenheit das Sekret sich staut. Seinem Lehrer O. Vierordt folgend, verwendet I. zum Abguß nicht kaltes oder zimmerwarmes Wasser, sondern lauwarmes (28—22° C). Es läßt sich mit Erfolg auch hier individualisieren. — Diese Bäder müssen natürlich im warmen Zimmer vorgenommen werden. Sie setzen einige Erfahrung in der Krankenpflege voraus, die übrigens auch beim Wickel nicht ganz zu entbehren ist. Es muß das Bad gut vorbereitet sein, das Badetuch gewärmt, das Abgußwasser (am besten in einem Krug oder einer Kanne) wie das Badewasser richtig temperiert sein und alles flink von statten gehen, damit das Kind rasch trocken gerieben und zur Ruhe gebracht werden kann, ohne daß es sich erkältet. Solche Abgußbäder lassen sich, wo es nötig erscheint, bis zu viermal am Tage wiederholen; meist wird man mit zwei Bädern auskommen.

Wo Herzschwäche zu befürchten ist, bei Kindern, die auf die Abgußbäder mit Mattigkeit und großen Temperaturschwankungen reagieren, speziell bei Influenzapneumonien, sind kurze heiße Bäder mehr am Platze, die sich auch bei jüngeren Säuglingen empfehlen. Die Temperatur des Bades darf 35—37° C betragen, man kann sie während der 4—5 Minuten langen Dauer des Bades durch Zugießen oder Zufließenlassen von heißem Wasser bis auf 40° steigern.

Bei trockenem Husten, zähem Sekret ist die Feuchterhaltung der

Luft eine Hauptaufgabe. Man erreicht das am besten durch den bekannten Bronchitiskessel.

Von großer Wirkung sind nun I.s Beobachtungen zufolge regelmäßige Sauerstoffinhalationen, die in schweren Fällen mit großer Atemnot und dauernder Zyanose in ausgiebigem Maße angewandt werden sollten. Bei der Anwendung der Sauerstoffinhalationen in der Behandlung der Kinderpneumonien muß man sich nur darüber klar sein, daß sie kein direktes Heilmittel, sondern lediglich ein Palliativmittel darstellen. Als solches aber scheinen sie zwei Indikationen gerecht zu werden. Sie üben eine sehr günstige Wirkung auf die Herztätigkeit aus; der Puls pflegt langsamer und voller zu werden. Die Beobachtung haben wohl alle Autoren gemacht, die sich klinisch mit diesen Fragen befaßt haben. Wahrscheinlich erleichtern sie aber doch auch den nicht infiltrierten Lungenabschnitten, die ja kompensatorisch für die erkrankten Teile einzutreten haben, ihre Aufgabe, ja, I. hält es nicht für unmöglich, daß es bei reichlicher Sauerstoffzufuhr gelingen kann, die für den Krankheitsverlauf gewiß nicht ganz gleichgültige Blähung der nicht pneumonischen Lungenabschnitte einzuschränken.

Die Erleichterung, die die Sauerstoffzufuhr den schwerkranken Patienten verschafft, läßt sich auch am Verhalten der Kinder selbst erkennen, die in der Regel gierig den Kopf nach dem Trichter hinwenden, dem das Gas entströmt.

So wirksam sich die Inhalationen nun auch als Palliativmittel erweisen, so zeigt sich doch, daß der erzielte Effekt nur wenig nachhaltig ist. Es wäre falsch, daraus zu folgern, daß das Mittel nichts leistet, wir werden vielmehr die Lehre ableiten, daß den Kindern mit sparsamer und auf wenige Minuten beschränkter Sauerstoffzufuhr, wie sie meist geübt wird, gar nicht gedient ist. Entschließt man sich in einem schweren Fall zur Anwendung dieses Mittels, so ist ein Erfolg um so eher zu erwarten, je dauernder das Kind in einer sauerstoffreichen Atmosphäre gehalten werden kann. I. hat in solchen Fällen stündlich eine Viertelstunde, sogar halbstündlich 10 Minuten einen schwachen Sauerstoffstrom neben dem Gesicht des Kindes über das Bett hinströmen lassen, und zwar bei Tag und Nacht. Diese Kinder vermögen eventuell in der sauerstoffreicheren Luft eben ihr Leben zu fristen, das in der sauerstoffärmeren erlischt. Mit der Besserung der Erkrankung, speziell mit dem Schwinden der Zyanose, werden die Sauerstoffinhalationen auch wieder überflüssig, wie sie überhaupt bei Fällen ohne Zyanose und bei denen keine schwereren Störungen der Herztätigkeit bestehen, gar nicht indiziert sind.

Wo die künstliche und bei der geschilderten Anwendungsweise recht kostspielige Sauerstoffzufuhr nicht angängig ist, da ist die natürliche Sauerstoffzufuhr zu fördern, soweit es nur irgend möglich ist. Im Privathause wird ja das bekannte Zweizimmersystem dieser Forderung gerecht, wenn die Lüftung des einen Zimmers jeweils mit genügender Gründlichkeit und im Winter ohne Rücksicht auf eventuelle Heizungskosten durchgeführt wird. Im Krankhaus läßt sich ein solches Verfahren schon kaum allgemein anwenden, und

namentlich in älteren Spitälern, in denen die Ventilationsverhältnisse nicht wie bei modernen Bauten besondere Berücksichtigung gefunden haben, ist es sehr schwer, diesen Kindern genügend frische Luft in den Krankensälen selbst zuzuführen.

I. hat sich daher entschlossen, Kinder mit ausgebreiteten katarrhalischen Lungenentzündungen, wenn es irgend das Wetter zuließ, täglich mehrmals wohlverpackt für eine halbe Stunde oder länger ins Freie spazieren tragen zu lassen, und hatte allen Grund, mit dem Erfolg zufrieden zu sein. Daß dies Verfahren auch bei Proletarierkindern sehr zweckmäßig ist, davon legt die Tatsache beredtes Zeugnis ab, daß man bei ambulanter Behandlung selcher Fälle, die täglich, auch bei schlechtem Wetter, in die Sprechstunde gebracht werden, oft ganz unerwartete Besserungen und Heilungen sehen kann. Die Furcht vor der reinen, staubfreien Luft für ein Kind mit Affektionen der Luftwege, der man nicht nur in Proletarierkreisen begegnet, ist jedenfalls völlig unbegründet, und I. vermutet, daß es gelingen mag, die Heilerfolge bei der Bronchopneumonie der kleinen Kinder noch erheblich günstiger zu gestalten, wo sich reguläre Freiluftkuren durchführen lassen.

I. betont, daß er die Kinder spazieren tragen — nicht fahren — läßt. Durch das Herumtragen auf dem Arm in aufrechter Haltung wird einer weiteren Indikation genügt, deren Wichtigkeit besonders durch die Czernysche Schule begründet worden ist. Die Rückenlage im Bett übt mechanisch einen ungünstigen Einfluß auf die hinteren unteren Lungenabschnitte aus; dort neben der Wirbelsäule bilden sich mit Vorliebe die konfluierten Pneumonien aus. Man kann für eine genügende Lüftung dieser paravertebralen Lungenteile nur Sorge tragen durch häufigen Lagewechsel des Kindes, also indem man es abwechselnd auf die rechte oder linke Seite legt, wenn die Dyspnoe dadurch nicht gesteigert wird und das Kind auf der Seite liegen bleibt, was gar nicht immer der Fall ist. Am günstigsten wirkt aber sicher die aufrecht sitzende Haltung auf dem Arm der Pflegerin, die das Kind ja auch in der Regel allen anderen vorzieht (wobei freilich auch andere Gründe mitspielen). So pflegt I. die Verordnung zu treffen, daß die Kinder bei Tag jede Stunde oder jede zweite Stunde für ein paar Minuten oder länger aufgenommen und herumgetragen werden.

Ausreichende Ernährung stellt einen weiteren wichtigen Heilfaktor dar. Oft besteht aber großer Widerwille gegen Nahrungsaufnahme, oft ist diese durch Hustenreiz sehr behindert. Da leistet nun die Schlundsondenernährung ausgezeichnete Dienste.

Oft genügt es, dem Kind zwei oder drei Mahlzeiten künstlich zuzuführen und den Rest, soweit tunlich, mit Löffel oder Flasche zu verabreichen. I. war in einzelnen Fällen aber auch genötigt, wochenlang die Schlundsondenfütterung durchzuführen; selbst bei Keuchhustenpneumonien hat sich das ermöglichen lassen, wenn auch gelegentlich einmal die Mahlzeit zum Teil wieder erbrochen wurde. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres kann man in der Regel Vollmilch, bei Verdauungsstörungen eventuell Verdünnungen mit Kakao oder Eichelkaffee verwenden; bei Säuglingen wird jeder Fall spezielle individuelle Berücksichtigung erfordern. I. war in einem

schweren Fall genötigt, mehrere Wochen lang abgepumpte Frauenmilch durch die Sonde zuzuführen.

Ferner sagt I.:

„Von medikamentöser Therapie war bisher noch nicht die Rede. Was die direkte Beeinflussung des pneumonischen Prozesses betrifft, fällt ihr auch gewiß die geringste Rolle zu. Von der innerlichen Anwendung von Expektorantien ist wenig oder nichts zu erwarten; viele Kinder werden aber durch diese Mittel in ihren Verdauungsfunktionen beeinträchtigt. Über Brechmittel fehlt mir jegliche Erfahrung. Das Kreosotal habe ich mehrfach angewandt, aber nicht den Eindruck besonderer Wirksamkeit in diesen Fällen gewonnen. Dagegen ist die Verwendung von Mitteln, die das Herz beeinflussen, zweifellos von großem Nutzen und in der Regel sogar unentbehrlich. Es ist ja bekannt, wie direkt die Wechselbeziehungen sind, die zwischen der ungenügenden Zirkulation in den Lungen und der Ausbreitung der katarrhalischen Pneumonie bestehen, während anderseits dem Herzen gerade durch die Pneumonie erheblich gesteigerte Aufgaben erwachsen. Neben der subkutanen Applikation von Kampfer und Koffein scheint mir auch die innerliche Verabreichung von Digalen (dreimal 2—3 Tropfen bei Säuglingen) entschieden günstig gewirkt zu haben. Die Digalenmedikation kann eine Reihe von Tagen (6—8 Tage) hintereinander durchgeführt werden; dann muß eventuell ein paar Tage pausiert werden.

Auch die Herzmittel sollen kein ultimum refugium darstellen, sondern in schweren Fällen schon angewandt werden, ehe es zu Kollapsen und Herzschwächen gekommen ist. Speziell häufigere Dosen von Kampfer (0,5—1,0 Ol. camphorat.) sind auch bei Säuglingen unbedenklich. — Zu einer medikamentösen Antipyrese (Aspirin oder Pyramidon) wird man wohl nur dann greifen, wenn sich ein subchronischer Zustand entwickelt und die akute Gefahr von seiten der Lunge und des Herzens nicht mehr das ganze Krankheitsbild beherrscht. — Daß in der Ausheilung schwerer Fälle klimatische Kuren eine besondere Rolle spielen, ist ja allbekannt.“ Grätzer.

R. Meyer (Berlin), Gibt es Vererbung erworbener Eigenschaften? (Ebenda.) M. kommt zu folgenden Schlüssen:

Der von den Gegnern der Vererbung erworbener Eigenschaften angenommene „Zufall der Keimesvariationen“ als schöpferisches Prinzip erklärt nicht viele ihrer Ansicht nach unabhängig voneinander entstehenden Eigenschaften, welche durch „Kompositionsharmonie“ als zahllose Zweckmäßigkeiten im Organismus erscheinen. Anderseits erklärt sie nicht, warum die durch Zufallvariation nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung noch ungleich zahlreicher entstehenden Unzweckmäßigkeiten keine Spuren in der Ontogenie noch Pathologie hinterlassen, da nur Schädlichkeiten durch Selektion ausgemerzt werden, die Ausmerzung schadloser Unzweckmäßigkeiten jedoch nur durch Vererbung erworbener Eigenschaften verständlich würde. Wie an einzelnen Beispielen der Ontogenie und Phylogenie zu zeigen versucht wurde, reagiert der Organismus auf die Außenwelt nicht nur zweckmäßig, sondern er vererbt auch die erworbenen Eigenschaften.

Grätzer.

B. Möllers, Welche Gefahr droht dem Menschen durch das tuberkulöse Tier? (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 19.) Daß dem Menschen eine gewisse Gefahr durch den Genuß perlsuchthaltiger Nahrung, insbesondere der rohen Milch von eutertuberkulösen Kühen droht, haben, abgesehen von den früheren Berichten anderer Autoren, die beiden positiven Fälle von Perlsuchtinfektion in der Sammelforschung des Gesundheitsamts von neuem bewiesen. Der Umstand, daß in beiden Familien, trotz der zur Infektion so günstigen Bedingungen, nur das jüngste Kind unter zusammen 10 Geschwistern erkrankt, zeigt in Übereinstimmung mit den Tuberkuloseforschungen der letzten Jahre, daß durch perlsuchtbazillenhaltige Nahrungsmittel in erster Linie Kinder gefährdet sind und zwar, wie es scheint, in höherem Grade, je jünger sie sind. Jedenfalls aber ist es auch ein Beweis für die nur geringe Gefährlichkeit der Perlsuchtbazillen für den Menschen, daß die in beiden Fällen schon im Säuglingsalter erworbene Perlsuchterkrankung einen so milden Verlauf nahm, während die durch den humanen Typus bedingte Säuglingstuberkulose in der Regel tödlich verläuft.

Mit vollem Recht kann daher Weber das Resultat der Sammelforschung in den Satz zusammenfassen:

Die Gefahr, welche dem Menschen durch den Genuß von Milch und Milchprodukten eutertuberkulöser Kühe droht, ist im Vergleich zu der Gefahr, welche der mit offener Lungentuberkulose behaftete Mensch für seine Nebenmenschen bildet, sehr gering.

Über ähnliche Feststellungen wie die deutsche Sammelforschung hat kürzlich A. F. Hess berichtet, der die Marktmilch der Stadt New York auf das Vorkommen von Tuberkelbazillen untersuchte und unter 107 Proben in 17 Fällen, d. i. in 16%, durch den Tierversuch einen positiven Bazillenbefund feststellen konnte. Von der bazillenhaltigen Milch hatten in 10 Familien insgesamt 18 Kinder im Alter von $^1/_2$—9 Jahren längere Zeit in rohem Zustande getrunken. Die Untersuchung des Gesundheitszustandes dieser Kinder, welche ein Jahr lang beobachtet wurden, ergab, daß alle gesund geblieben waren und nur ein 2jähriges Kind an Halsdrüsenschwellung litt. Das letztere zeigte positive Ophthalmo- und Pirquetreaktion und befand sich in schlechtem Ernährungszustande.

Die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen stützen daher in vollem Maße die Anschauung Robert Kochs, daß im Kampfe gegen die Tuberkulose die Maßregeln gegen die Übertragung von Mensch zu Mensch, nicht aber die Bekämpfung der Rindertuberkulose die ausschlaggebende Rolle spielen. Die letztere ist aus landwirtschaftlichen und ökonomischen Gründen gewiß notwendig, und alle Maßnahmen, welche die Versorgung mit einwandfreier Milch bezwecken, sind lebhaft zu unterstützen. Diese an sich sehr nützlichen Maßnahmen sollten aber nicht bei der Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose in den Vordergrund gestellt werden. Der Hauptangriffspunkt für alle Maßnahmen der menschlichen Tuberkulosebekämpfung muß der tuberkulöse Mensch sein, der durch seinen Auswurf die Tuberkelbazillen auf seine Umgebung überträgt. Die Bekämpfung

der Tiertuberkulose kommt erst in zweiter Linie in Betracht und hat für die menschliche Tuberkulose bei weitem nicht die praktische Bedeutung, die ihr früher vielfach zugeschrieben wurde. Grätzer.

Eckert, Paratyphus A-Infektion beim Säugling. (Aus der Univers.-Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.) E. beschreibt eine tödlich verlaufene Infektion mit Bacillus Paratyphi A bei einem 8 Monate alten Kinde. Es wird durch den Fall zunächst der Beweis geliefert, daß auch Paratyphus A-Infektionen gelegentlich beim Säugling vorkommen können.

Da die bakteriologische Untersuchung des Leichenmaterials die gleichen Stäbchen ergeben hat, wie E. sie intra vitam aus der Lumbalflüssigkeit erhalten hat, so müssen wir wohl die Paratyphus A-Bazillen als die Erreger der terminalen eitrigen Meningitis ansprechen.

Sehr schwer zu beurteilen ist aber die Rolle, die die Paratyphus A-Bazillen im Gesamtkrankheitsbilde spielen. Folgen wir der Anamnese, so litt das Kind Mitte März an einer schweren Pneumonie, die mehrfach rezidivierte. Durchfälle bestanden nur in geringem Maße, so daß sie ein ärztliches Eingreifen nicht erforderlich machten. Erst Anfang April scheint die Meningitis hinzugetreten sein, wenn wir das seit dem 3. IV. verzeichnete Erbrechen als menigitisches Symptom bewerten wollen. Daß es sich um eine von der bestehenden Mittelohreiterung aus fortgeleitete Entzündung gehandelt hat, dafür konnte die Sektion keinen bestimmten Anhalt bieten. Da sich aber im Herzblute ebenfalls Paratyphus A-Bazillen fanden, so darf angenommen werden, daß man es auch in diesem Falle mit einer Bakteriämie zu tun gehabt hat, die schließlich, wie so häufig im Säuglingsalter, auch ohne die Otitis zur eitrigen Meningitis geführt haben kann. Die Tatsache, daß neben den Paratyphusbazillen auch Pneumokokken aus dem Blute gezüchtet werden konnten, läßt die Möglichkeit zu, daß es sich hier vielleicht um eine sekundäre Infektion mit Paratyphus A gehandelt hat, nachdem der kindliche Körper durch die Pneumonie in seiner Widerstandskraft gelähmt worden war, wie dies ja in gleicher Weise für das Bact. coli schon bekannt ist.

Diese Erwägungen werden auch dadurch nicht gegenstandslos, daß sich bei der Sektion eine Enteritis nodularis in Gestalt einer geringen Rötung und Schwellung der solitären Lymphknötchen des Dickdarms vorfand. Ob diese Enteritis, die klinisch keine weiteren Erscheinungen gemacht hat, durch die Paratyphus A-Bazillen erzeugt ist oder diesen nur den Durchtritt in die Blutbahn ermöglicht hat, das kann mit Sicherheit nicht entschieden werden.

Die Möglichkeit einer Paratyphusinfektion beim Säugling, die mit dem vorliegenden Falle auch für den Typ A zum ersten Male bewiesen ist, gibt jedenfalls die Anregung, bei der Erörterung der Ätiologie der Enteriten des Säuglings auch der Paratyphusgruppe Beachtung zu schenken. Grätzer.

L. Schomburg, Zur Frage der Verminderung des Augenwachstums nach Iridektomie in früher Jugend. (Aus der Univers.-Augenklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 19.) Wessely hat einer Arbeit über Versuche am wachsenden

Auge u. a. Versuchsreihen bekanntgegeben, in denen er bei wachsenden Tieren — Kaninchen im Alter von 8—14 Tagen — Iridektomien und Sklerotomien ausgeführt hatte. Nach $^3/_4$—1 Jahr, wo das Wachstum abgeschlossen gelten darf, wurden die Augen der Tiere gewogen „bzw. eine Volumenbestimmung gemacht“ — beide, das operierte und das nicht operierte als Vergleichsauge —. Ausnahmslos wurde ein Zurückbleiben im Wachstum am operierten Auge beobachtet, woraus Wessely schließt, daß dies eine notwendige Folge der Tensionsveränderung sei.

Sch. hat an 7 jährigen Zwillingen, die jetzt gerade in der Klinik waren und als Kinder von 8 Monaten iridektomiert sind, soweit es anging, jene Angaben prüfen können, konnte aber eine Verkleinerung des Auges gegenüber anderen Kindern nicht feststellen. Nun betrachtet Wessely seine Versuche allerdings erst als abgeschlossen, wenn die Tiere erwachsen sind, die beiden Kinder haben aber noch ein Wachstum von mehreren Jahren vor sich. Aber eine geringe Wachstumsverminderung müßte sich doch schon jetzt bemerkbar machen. Freilich waren die Messungen sehr schwierig, und Sch. will die Frage auch noch nicht endgültig entscheiden, sondern nur betonen, daß die Übertragung jener Resultate auf das menschliche Auge mit Reserve geschehen muß.

Grätzer.

H. Bayer, Zur Therapie der Blennorrhoe mittels der Blenolenizetsalbe. (Aus der Univers.-Augenklinik zu Straßburg.) (Ebenda.) Es wurden in den letzten $1^1/_2$ Jahren 12 Fälle mit der Salbe behandelt: 2 Fälle von Blennorrhoea neonatorum, 9 Kinder von 3—11 Jahren und eine erwachsene Person. Die Salbe hat sich durchaus nicht bewährt, und einen Fall von Erblindung schiebt B. direkt dieser Behandlung in die Schuhe. Die sonst übliche Behandlung in der Klinik ist folgende: 2 mal täglich Tuschieren mit $2^0/_0$ igem Argent. nitr., außerdem Spülungen mit Kal. permang., 5 mal täglich Protargol, 2 Stunden Eisaufschläge, 1 Stunde Pause. Von 18 in dem gleichen Zeitraum so behandelten Fällen heilten 17 glatt ab, obwohl sich darunter 9 zum Teil besonders schwere Fälle von Blennorrhoea adultorum befanden.

Hinsichtlich der Blennorrhoea adultorum hält B. es für besonders bedenklich, dem praktischen Arzte die Idee beizubringen, daß er in der Blenolenizetsalbe ein einfaches und sicher wirkendes Mittel gegen diese Erkrankung hat. Gerade die Blennorrhoea adultorum gehört zu den schwersten Augenkrankheiten, die wir überhaupt kennen, und erfordert die sorgfältigste und gründlichste Behandlung, wie sie eigentlich nur in einer gut eingerichteten Augenklinik ausgeführt werden kann. Mag die Durchführung der Behandlung mit Argentum, mit Spülungen u. dgl. auch noch so viel Arbeit und Mühe erfordern, so führt sie doch zu Resultaten, mit denen man durchaus zufrieden sein kann.

Grätzer.

P. H. Römer und **K. Joseph,** Zur Natur und Verbreitungsweise des Poliomyelitisvirus. (Aus der experimentellen Abteilung des Institus f. Hygiene und experimentelle Therapie zu Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 20.) Die Verff. liefern

neue Beiträge zur Glyzerinwiderstandsfähigkeit des Poliomyelitisvirus. Ihre Versuche beweisen, daß selbst eine nahezu 5 Monate hindurch erfolgte Konservierung des Virus in unverdünntem Glyzerin seine Virulenz nicht aufhebt, ja anscheinend nicht einmal vermindert.

Ferner konnten sie bei einem erfolgreich intrazerebral geimpften Affen das Virus als in die Mesenterialdrüsen übergegangen nachweisen.

Grätzer.

M. Krüger (Altona), Zur Ätiologie des Lupus vulgaris. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 22.) K. stellte durch seine Versuche fest, daß bei Lupus vulgaris durch die Antiforminmethode der Erreger in jedem Falle nachweisbar ist: Das Tuberkulosevirus, das als Ziehlsches Stäbchen, häufiger aber als die Muchsche Form zu finden ist.

Grätzer.

H. Mohr (Bielefeld), Stauungshyperämie zur Nachbehandlung nach Exstirpation tuberkulöser Halsdrüsen. (Ebenda.) M. empfiehlt diese Methode und führt folgende Beobachtung an:

Bei einem 16jährigen Mädchen, welchem er ein großes, oberflächlich erweichtes Konvolut tuberkulöser Halsdrüsen entfernte, trat, da die oberflächlichen Drüsen bereits vereitert und mit der Haut verwachsen waren, wahrscheinlich eine Infektion der Wundhöhle mit tuberkulösem Material ein; trotz möglichst gründlicher Entfernung alles Kranken und trotz primärer Heilung der Operationswunde bildete sich nach einigen Wochen ein hartes, flaches Infiltrat von etwa Handtellergröße, welches hauptsächlich die Gegend des Sternokleidomastoideus einnahm und die Kopfbewegungen erheblich hinderte. Unter der üblichen Behandlung mit Jodpinselungen und Umschlägen keine Besserung. Hierauf wurde Halsstauung nach Bier eingeleitet, das Band blieb anfangs 2 mal täglich 2—3 Stunden, später bis zu 2 mal 4 Stunden liegen, nachts Prießnitzpackung. Nach 14 Tagen begann das Infiltrat zu erweichen und sich zu verkleinern, im Zentrum kam es zu einem kleinen Abszeß, der nach Stichinzision rasch ausheilte. Nach etwa zehnwöchentlicher Stauungsbehandlung war das Infiltrat bis auf eine geringe, nur bei genauer Abtastung fühlbare Verhärtung des Sternokleidomastoideus geschwunden, die Kopfbewegungen waren wieder vollkommen frei und die infolge der Schwellung der Umgebung eingezogene Operationsnarbe war bedeutend weniger auffallend geworden.

Im allgemeinen wurde bisher angenommen, daß die Resorption von Ödemen und Infiltraten durch Stauungshyperämie verlangsamt, durch aktive Hyperämie dagegen begünstigt würde. Indessen ist nach den Versuchen von Klapp der Enderfolg der Stauungshyperämie schließlich doch eine Beschleunigung der Resorption, nach anfänglicher Verlangsamung derselben, solange die Staubinde liegt. Auch ist nach Bier an der auflösenden Wirkung der Stauungshyperämie auf feste Bestandteile in Infiltraten, Hämatomen usw. nicht zu zweifeln; die Resorption erfolgt sodann, nachdem diese Auflösung der festen Bestandteile eingetreten ist.

Die Kombination der Exstirpation tuberkulöser Halslymphome mit postoperativer Stauungsbehandlung erscheint nach den bisherigen Erfahrungen geeignet, Komplikationen durch Zurückbleiben tuberkulösen Materials zu beseitigen, vielleicht auch, Rezidiven vorzubeugen.

Grätzer.

G. Brückner, Über die Bedeutung der ambulanten Typhusfälle im Kindesalter bei der Weiterverbreitung des Abdominaltyphus. (Aus der bakteriol. Untersuchungsanstalt zu

Straßburg.) (Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 23.) B. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Kindesalter von 11—15 Jahren ist die für das Typhusgift empfänglichste Altersklasse, während man bisher dies von dem 2. und 3. Jahrzehnt annahm.

2. Dieses Überwiegen der Kindertyphen zeigt sich namentlich bei Epidemien, während bei allgemeinen Berechnungen sich der Unterschied mehr ausgleicht.

3. Die Tatsache, daß namentlich bei Epidemien das Kindesalter von 1—15 Jahren das Hauptkontingent der Erkrankungen stellt, spricht im Sinne der von Frosch angenommenen regionären Typhusimmunität.

4. Der Kindertyphus verläuft oft in leichtester, klinisch nicht erkennbarer Form, bleibt nicht selten unbehandelt und ist daher für die Ausbreitung des Typhus besonders gefährlich.

5. Der ambulante Kindertyphus ist zuweilen das auslösende Moment mehr oder weniger zahlreicher Erkrankungen an Typhus und sogar von Epidemien.

6. Die Bekämpfung dieser leichten Kindertyphen ist von seiten der organisierten Typhusbekämpfung vor allem — wie bisher — durch genaue Schulkontrollen fortzusetzen in Verbindung mit Schulärzten und Lehrern.

7. Die wirksamste Bekämpfung wird aber erst einsetzen können, wenn die Erkenntnis, daß in erster Linie das Kindesalter für Typhus disponiert ist und bei diesem der Typhus in leichtester Form als einfache Dyspepsie verlaufen kann, auch Allgemeingut der Praktiker geworden ist.

8. Eine größere Inanspruchnahme der bakteriologischen Untersuchungsanstalten von seiten der Praktiker ist daher dringend zu wünschen, namentlich bei fieberhaften Erkrankungen der Kinder mit nicht bestimmter Diagnose.

9. Nur durch dieses Hand in Hand Arbeiten der Praktiker mit den bakteriologischen Anstalten kann die Kenntnis der klinisch unsicheren Typhuserkrankungen weiter gefördert und zugleich auch diesem Hindernis einer wirksamen Typhusbekämpfung entgegengetreten werden.

Grätzer.

G. Hohmann, Beitrag zur Pathologie und Therapie der Coxa vara. (Aus der kgl. orthopäd. Poliklinik der Universität München.) (Ebenda.) H. beschreibt einen Fall von sicherer kongenitaler Coxa vara, deren Ursache zweifellos eine Zwangshaltung durch Raumbeengung im Uterus bildet, worauf auch andere vorhandene Mißbildungen hindeuten.

Sodann geht er auf die symptomatische Coxa vara über, bei deren Hauptgruppe, der rachitischen, als charakteristisch der Verlauf der Epiphysenlinie des Schenkelkopfes anzusehen ist: von außen oben nach innen unten, während bei den traumatischen und statischen Formen ein mehr vertikaler Verlauf zu konstatieren ist.

Was die Behandlung der Coxa vara angeht, so wurde bisher, um eine anatomische Heilung zu erreichen, fast durchweg die Osteo-

tomie des Schenkelhalses geübt. Auf dem 1900 in Berlin abgehaltenen Orthopädenkongreß empfahlen nun gleichzeitig Drehmann und Lorenz das Redressement der Hüfte und die Tenotomie der Adduktoren und zeigten, daß sie damit in gewissen Fällen auch anatomische Korrekturen durch Infraktionen des Schenkelhalses erzielen konnten. Dasselbe Verfahren wird von Lange schon seit 13 Jahren geübt.

H. führt in der Regel zuerst die subkutane Tenotomie der Adduktoren aus und extendiert dann mit Schraubenzug, mit Gewichten von etwa 40 bis zu 80 kg. Und zwar geschieht diese Extension bei Abduktion des betreffenden Beines, indem also der Gegenzug über dem Tuber ischii der gesunden Seite liegt. In den allermeisten Fällen gelingt es durch die Extensionsmanöver die Weichteilwiderstände zu überwinden und eine freie Abduktion herzustellen. Gleichzeitig aber tritt auch in einer gewissen Anzahl von Fällen eine Umformung des knöchernen Schenkelhalses ein, sei es, daß eine alte Frakturstelle gelöst wird, sei es, daß in der Epiphyse eine Verschiebung vor sich geht. Jedenfalls sieht man in dem Röntgenbild, das man unmittelbar nach dem Redressement aufnimmt, in einer Reihe von Fällen eine ganz andere Form des Schenkelhalses, als zuvor. Der Schenkelhals, der vorher wie eingerollt erschien, sieht jetzt wie auseinandergerollt aus, ist länger geworden und bildet bisweilen einen größeren Schenkelhalswinkel, als vorher. In einer Anzahl von Fällen erkennen wir im Röntgenbild nach der Operation auch die Spuren des Eingriffes, teils deutliche Einknickungen an der oberen Begrenzungslinie des Schenkelhalses, teils ein Klaffen der Epiphysen- oder alten Frakturfuge an der unteren Linie. Durch die mit großer Kraftwirkung ausgeführte Extension bei Abduktion tritt an der schwachen Stelle des Schenkelhalses, und das ist bei der rein statischen Form und auch bei einem Teil der traumatischen Formen die Epiphyse, eine Lösung ein, durch die die Korrektur ermöglicht wird. Nach dem Redressement soll man das Bein in maximaler Abduktion und in Streckstellung eingipsen und in dieser Stellung für mindestens 8 Wochen belassen. Denn wir müssen die redressierte Hüfte im allgemeinen wie eine frische Schenkelhalsfraktur behandeln, die wir ja auch in einer Reihe von Fällen erzielt haben. Deshalb ist es geraten, für die erste Zeit der Verbandperiode wenigstens, in den Fällen, wo eine anatomische Korrektur möglich war, das Hüftgelenk durch Gehbügel zu entlasten, damit nicht der in seiner Kontinuität gelöste bzw. gelockerte Schenkelhals unter dem Einfluß der Belastung eine neue und schwerere Verbiegung erfährt.

Diese Behandlung hat vor allem in funktioneller Beziehung gute Resultate, die Kontrakturen werden beseitigt und die Beweglichkeit im Gelenk wird eine freiere. In 26,6 % der Fälle trat neben der funktionellen Besserung anatomische Korrektur ein. Grätzer.

Edg. Reye, Ein Beitrag zur Tuberkulose des Sehnerven. (Aus dem pathol.-anatom. Institut des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda.) Die ein $1^3/_4$ jähriges Kind betreffende Mitteilung bezieht sich auf ein Präparat von Tuberkulose des intrakraniellen Teiles des Sehnerven und des Chiasma. Man sollte annehmen, daß

bei der Häufigkeit der Meningitis tuberculosa und bei dem doch immerhin im Kindesalter nicht seltenen Vorkommen der Encephalitis chronica tuberculosa, die sich meist in Form von Konglomerattuberkeln äußert, auch die obengenannten Gebiete des Zentralnervensystems der tuberkulösen Erkrankung anheimfallen könnten. Es ergibt sich jedoch bei der Durchsicht der Literatur, daß die Zahl der Veröffentlichungen, die diesen Gegenstand betreffen, nur eine äußerst kleine ist.

Daß wirklich eine tuberkulöse Erkrankung in diesem Falle vorlag, bewiesen mit absoluter Bestimmtheit die mikroskopischen Bilder. Man sieht überall in den Randpartien typische Tuberkel, die sich besonders auszeichnen durch die vielen schön ausgeprägten, auffallend großen Riesenzellen. Es konnten überdies auch in den Schnitten Tuberkelbazillen, wenn auch in sehr spärlicher Zahl, nachgewiesen werden.

Fragen wir nun nach der Art der Entstehung der tuberkulösen Erkrankung des Sehnerven, so gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Es kann von einer tuberkulösen Karies des Schädelknochens her das tuberkulöse Granulationsgewebe nach Zerstörung der Dura direkt in den Sehnervenstamm einbrechen (Fall von v. Herff).

Oder es kann sich

2. bei einer bestehenden tuberkulösen Meningitis die Entzündung den pialen Gefäßscheiden folgend ausbreiten, wie es Dreher sehr anschaulich beschreibt, und sich auf die Nervensubstanz selbst fortleiten. (Nach v. Michel der häufigste Modus.)

Oder endlich

3. könnte es unabhängig von einer Erkrankung der Meningen auf metastatischem Wege zur Ausbildung eines Tuberkels in der Nervensubstanz kommen.

Eine tuberkulöse Schädelknochenerkrankung lag in obigem Falle nicht vor. Die erste Möglichkeit wäre also auszuschließen.

Welche der beiden anderen Entstehungsarten nun in Betracht kommt, läßt sich nicht leicht entscheiden.

Bei der Durchmusterung der Präparate hatte man, wo doch die Nervensubstanz in der Hauptsache verkäst ist und nur noch von einem Mantel tuberkulösen Granulationsgewebes umgeben ist, an den meisten Stellen den Eindruck, als wenn die Erkrankung zunächst die zentralen Partien ergriffen hätte und sodann peripherwärts fortgeschritten wäre, daß also mit anderen Worten sich der Prozeß unabhängig von der bestehenden Meningitis auf metastatischem Wege in der Nervensubstanz entwickelt hätte.

Andererseits muß man aber in Betracht ziehen, daß gerade an der Basis des Gehirns die vorhandene tuberkulöse Meningitis zu besonders schweren pathologischen Veränderungen der weichen Häute geführt hat, so daß hier ein Übergreifen des Prozesses auf die Nervensubstanz selbst sehr gut denkbar wäre. Zu dieser Annahme wird man namentlich gedrängt, wenn man die mikroskopischen Bilder des relativ intakten rechten Sehnerven betrachtet an der Stelle, an der er das Chiasma verläßt. Dort sieht man sehr deutlich, wie das tuberkulöse Granulationsgewebe, das den Optikus noch umgibt, an

einer Stelle von der Peripherie her keilförmig in den Nerven eindringt und seine Fasern zum Schwund bringt, während im übrigen das Gewebe des Nerven ganz gesund ist.

Es läßt sich also nicht mit Bestimmtheit sagen, auf welchem der beiden genannten Wege es in obigem Falle zur Entstehung der tuberkulösen Erkrankung des Sehnerven gekommen ist. Grätzer.

Knauth, Therapeutische Erfahrungen bei Diphtherie mit dem Behring-Ehrlichschen Serum. (Ebenda.) Loblied auf das Serum. Dasselbe muß aber in dreisten Dosen injiziert werden, nicht in mehrfachen, verzettelten. Das erste Mal sind beim Erwachsenen mindestens 3000 I.-E., bei größeren Kindern mindestens 2000, bei kleineren mindestens 1500 zu verabreichen. Grätzer.

Fischbein (Dortmund), Über die Behandlung des Stimmritzenkrampfes mit kuhmilchfreier Ernährung. (Therap. Monatshefte. Juni 1910); **Langstein,** Bemerkungen zu vorstehender Arbeit. (Ebenda.) Ohne Anwendung der bisher üblichen Medikamente erzielte F. ein schnelles Aufhören der Anfälle — manchmal schon nach 24 Stunden — selbst bei Komplikation mit Eklampsie und Tetanie dadurch, daß er bei der Ernährung mit Kuhmilch diese fortließ und Haferschleim oder eines der bekannten Kindermehle bei vorheriger Entleerung des Darms durch Kalomel reichen ließ. Von Wichtigkeit ist, daß auch Eklampsie und Tetanie durch diese Therapie schnell beseitigt wurden. Kehrte F. nach Aufhören der Anfälle nach wenigen Tagen schon zur alten Ernährungsweise zurück, so stellte sich auch sofort der Glottiskrampf aufs neue ein, der schnell wieder verschwand, wenn von der Milch kein Gebrauch mehr gemacht wurde. Der geringe Gehalt von Nestles und Mufflers Mehl an Milch scheint nicht zu schaden. Zeigten sich die Anfälle, nachdem sie kurze Zeit gefehlt hatten — ohne Zusatz von Milch zur Nahrung — trotzdem wieder, so änderte F. die Diät häufiger und ließ alle 2 Tage oder täglich abwechselnd Haferschleim, Kufekes, Mufflers und Nestles Mehl reichen. In einem Falle, wo das Kind durch die Brust der schwächlichen und anämischen Mutter rachitisch geworden war, und Spasmus glottidis und Eklampsie sehr häufig auftraten, erzielte F. sofort Erfolg, als an Stelle der Muttermilch die künstliche Ernährung — ohne Gebrauch von Kuhmilch — angewandt wurde. Die antirachitische Behandlung erfuhr in keinem Falle eine Unterbrechung. Die kuhmilchfreie Ernährung hat F. ferner bei den Konvulsionen der an Pertussis erkrankten Kinder gute Dienste geleistet.

Nach L. bedürfen F.s Ausführungen in einigen Punkten der Richtigstellung bzw. der Ergänzung, damit sich der Praktiker bewußt bleibe, daß die kuhmilchfreie Diät, die ausschließliche Mehlernährung, im Säuglingsalter eine immerhin nicht ungefährliche Therapie darstellt. Denn sie kann einen schwer reparierbaren Schaden im Gefolge haben. Der Mehlnährschaden — wohl eine der schwersten chronischen Ernährungsstörungen — wird um so eher eintreten, je länger die Mehlernährung dauert und je jünger das Kind ist, dem diese Ernährung zugemutet wird. Deswegen darf sie höchstens 8 Tage fort-

gesetzt werden. Nach diesem Zeitraum muß mit der Zufuhr von Kuhmilch wieder begonnen werden. „Die Wiederkehr akuter Erscheinungen ist eine stringente Indikation zur Ernährung an der Brust.“

Doch selbst die kurzdauernde Mehlernährung gilt nur für Säuglinge, die in anscheinend gutem Ernährungszustande sind. Bei schwer ernährungsgestörten Kindern (etwa solchen, die sich im Stadium der Dekomposition im Sinne Finkelsteins befinden) ist die Mehlernährung kontraindiziert. Hier kommt lediglich die Ernährung mit Frauenmilch in Frage.

L.s Erfahrung nach ist auch die Meinung F.s, daß die Konvulsionen der an Pertussis erkrankten Kinder durch die kuhmilchfreie Ernährung viel von ihren Gefahren verlieren, unberechtigt. Sicherlich entsteht der größte Teil der Krämpfe beim Keuchhusten auf dem Boden der spasmophilen Diathese, und ihr Eintritt indiziert eine Form der Diätetik, welche die Behandlung der Tetanie erfordert. Trotzdem bleibt die Prognose äußerst ungünstig, und erst die neuerdings von Eckert angegebene Therapie, die Lumbalpunktion, gestattet, soweit auf Grund der bisher mit ihr behandelten Fälle ein Urteil erlaubt ist, einen größeren Optimismus bezüglich der Heilung.

In jedem Falle rät L. jedoch dem Praktiker, bei der Behandlung des Laryngospasmus oder anderer Krampfanfälle nicht allein von der Diätetik das Heil zu erhoffen, sondern durch intensive medikamentöse Therapie die Erregbarkeit des Nervensystems herabzusetzen, mit Chloralhydrat und Brom nicht zu sparen. Grätzer.

J. Ibrahim, Über Krampfanfälle im Verlauf des Keuchhustens und deren Behandlung. (Aus dem Gisela-Kinderspital in München.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 23.) Bei der Sektion dieser Kinder findet man in vielen Fällen keinerlei auffallende Veränderungen an Hirn und Hirnhäuten. Eine erhebliche Blutüberfüllung und eine seröse Durchtränkung der Hirnhäute ist alles, was mit bloßem Auge erkannt werden kann. Die genauere mikroskopische Untersuchung derartiger Meningen ist bisher nicht allzu häufig vorgenommen worden. Systematisch wurde sie in einer Reihe von Fällen durch Neurath ausgeführt, dem wir eine wertvolle Monographie über diese und verwandte Zustände beim Keuchhusten verdanken. Neurath fand bei seinen histologischen Studien eine ausgesprochene meningeale Infiltration (von meist einkernigen Leukozyten), Hyperämie und durch die Entzündung bedingte kleine Meningealblutungen. Er ist geneigt, dieser makroskopisch nicht konstatierbaren Meningitis simplex eine pathogenetische Bedeutung für das Zustandekommen einer Zahl zerebraler Komplikationen des Keuchhustens zuzuerkennen. J. möchte die Annahme vertreten, daß die Neurathschen Befunde zwar eine Erklärung dafür abgeben, warum im Verlauf des Keuchhustens häufig Krampfanfälle zur Beobachtung kommen, daß aber wohl im Einzelfall noch weitere Momente hinzutreten, die den Ausbruch der eklamptischen Erscheinungen wesentlich mitbedingen; er denkt an alle jene Momente, die auch sonst eine Disposition zu allgemeinen Konvulsionen im Kindesalter be-

dingen, also in erster Linie an die spasmophile Diathese (Tetanie), jenen Zustand, der durch mechanische und galvanische Übererregbarkeit der peripheren Nerven gekennzeichnet ist und die Grundlage der meisten laryngospastischen und eklamptischen Anfälle des Säuglings- und ersten Kindesalters darstellt.

Wenn J. auch nicht daran zweifelt, daß bei der Mehrzahl eine elektrische Übererregbarkeit in der Tat sich herausstellen wird, so ist er doch andererseits überzeugt, daß nicht alle Fälle sich als latente Tetanie erweisen werden. Es mögen vielmehr mitunter ganz andere Dinge der Disposition zu den Krampfanfällen bedingen, die durch die Keuchhustenerkrankung dann ausgelöst werden. Als eine dieser Ursachen kann z. B. die hereditäre Syphilis gelten, wie eine indessen genauer mitgeteilte Beobachtung beweist.

Bei einem anderen, seltenen und im einzelnen schwer klinisch zu rekonstruierenden Falle wirken zwei Schädigungen zusammen, der Hirntumor und der Keuchhusten. Auf welche von diesen beiden Ursachen die enzephalitischen Veränderungen zurückgehen, ist durch die anatomische Untersuchung noch nicht aufgeklärt. Der Hirntumor, der jedenfalls schon länger bestand, hatte keinerlei Erscheinungen gemacht; die Mutter hatte nicht einmal Sehstörungen bemerkt; er ist allein wohl kaum als Ursache für die Konvulsionen zu betrachten. Für den ungewöhnlichen Verlauf mit den ganz plötzlich einsetzenden und unter Hyperpyrexie zum Tode führenden Krampfanfällen wird man vielmehr wohl das Zusammentreffen der beiden das Hirn schädigenden, beziehungsweise zu Krämpfen disponierenden Momente verantwortlich machen dürfen.

Die therapeutischen Gesichtspunkte kurz zusammenfassend, empfiehlt J. unter allen Umständen beim ersten Auftreten von Krampfanfällen im Verlauf des Keuchhustens eine Diät einzuschlagen, welche sich gegen die spasmophile Diathese richtet, das heißt eine Gabe Rizinusöl zu verabreichen, zwei oder drei Tage milchfreie und salzarme Diät zu verordnen und dann auf Muttermilch überzugehen, oder wo das nicht möglich ist, sich zunächst mit nur geringen Beigaben von Kuhmilch, eventuell von roher Kuh- oder Ziegenmilch zu begnügen; nebenher verabreicht man sofort täglich 5—10 g des 0,01 $^{0}/_{0}$igen Phosphorlebertrans. Wiederholen sich die Konvulsionen, so wird möglichst bald eine Lumbalpunktion mit folgendem Übergießungsbade ausgeführt werden müssen; daneben kann die Zufuhr von Chloralhydrat (0,5 per clysma, eventuell wiederholt) zur symptomatischen Bekämpfung der Krämpfe notwendig sein.

Außer den allgemeinen Konvulsionen kommen im Verlauf des Keuchhustens noch andere Krampfzustände vor, lokalisierte oder allgemeine tonisch-klonische Krämpfe, die von Lähmungen der verschiedensten Art gefolgt sein können, Lähmungen, die bald den Charakter der typischen zerebralen Hemi- oder Diplegie tragen oder eventuell nur einzelne Hirnnerven, Augenmuskeln betreffen, als Kernlähmungen imponieren, auch gelegentlich vom Rückenmark auszugehen scheinen. Ein Teil dieser Lähmungen führt zu dauernden Schädigungen, ein kleinerer Teil scheint sich aber innerhalb kürzerer

oder längerer Zeit zurückzubilden, wenn nicht der Tod dazwischentritt. Man war früher geneigt, für alle derartigen Fälle eine Hirn- oder Meningealblutung als Ursache anzuschuldigen, und in der Tat lagen die klinischen Symptome zu Beginn einer solchen Komplikation diesen Gedanken sehr nahe. Es ist auch schon zweimal die Trepanation in solchen Fällen versucht worden, in einem Fall auch mit Erfolg. Ein Studium der Sektionsbefunde, die in der Literatur in ziemlich reichlicher Zahl mitgeteilt sind, lehrt aber, daß nur in einem Teil dieser Fälle wirklich Blutungen dem Krankheitsbild zugrunde lagen. In einer Reihe von Fällen fand sich makroskopisch nichts Bemerkenswertes, jedenfalls nichts, was die Herderscheinungen zu erklären vermochte. Da mikroskopische Untersuchungen solcher Gehirne noch nicht vorliegen, ist der Gedanke wohl berechtigt, daß auch hier vielleicht infektiös-toxische Veränderungen der Hirnrinde oder eventuell stärkere, lokalisierte Entzündungserscheinungen an den Meningen im Sinne Neuraths vorhanden waren.

J. teilt im folgenden die Krankengeschichte eines Lähmungsfalles mit, der durch die auffallend rasche und vollständige Rückbildung aller Erscheinungen sehr bemerkenswert ist. Der Fall zeichnete sich besonders aus durch die Raschheit der Wiederherstellung, interessant ist auch die Tatsache, daß zuerst das Bein, dann der Arm, zuletzt der Fazialis sich erholte. Für diesen Fall dürfte wohl bei dem raschen Schwinden aller Symptome eine Hämorrhagie gar nicht in Frage kommen. Durch das Herzgeräusch wurde man zunächst auf die Annahme einer Embolie geführt, und die Möglichkeit, daß eine Embolie vorlag, bei der sich ein Kollateralkreislauf hergestellt hat, ist durchaus zuzugeben. Es könnte auch die Embolie nur einen sehr kleinen Hirnbezirk geschädigt haben und die Herderscheinungen nur durch kollaterales Ödem bedingt gewesen sein. Andererseits kann man aber auch von der Annahme einer Embolie ganz Abstand nehmen und als Grundlage des beobachteten klinischen Bildes lediglich Störungen in der Blutverteilung, lokalisierte Odeme, vielleicht auf Grund infektiös toxischer Meningealveränderungen, vermuten. Mit Sicherheit wird man nicht entscheiden können, was wirklich vorgelegen hat.

Es dürfte sich jedenfalls empfehlen, auch in solchen Situationen, wenn die Erholung langsamer vor sich geht, eine Lumbalpunktion auszuführen.

Grätzer.

E. Plate, Über Wortblindheit. (Der Schularzt. 1910. Nr. 1.) Das 15jährige, durchaus gesunde und über die Norm intelligente Mädchen war trotz unendlicher Mühen und unermüdlichen Lese- und Schreibübungen nicht imstande, sich die Wortbilder richtig einzuprägen, so daß jede seiner schriftlichen Arbeiten eine große Menge orthographischer Fehler enthielt. So waren in einem sonst tadellosen französischen Aufsatz aus der letzten Zeit 70 orthographische Fehler. Da es die zwei Notenreihen nicht übersehen konnte, war ihm die Erlernung des Klavierspiels nicht möglich, Violine dagegen lernte es gut.

Interessant ist es nun, daß in der Familie des Vaters schon drei solche Fälle von Wortblindheit vorgekommen sind: die Mutter des

Vaters, Tochter eines Universitätsprofessors, deren Bruder, Offizier, und der Bruder des Vaters, der sich die Manuskripte seiner wissenschaftlichen Werke immer auf orthographische Fehler durchsehen lassen mußte.

Diese zusammenhängenden Fälle deuten auf erbliche Veranlagung hin; das eng begrenzte Gehirngebiet, das zur Aufbewahrung des Wortbildes dient, ist mangelhaft veranlagt, während das Gehirn sonst durchaus normal und leistungsfähig ist.

Und doch muß vor einer voreiligen Unterschätzung der geistigen Fähigkeiten dieser Kinder gewarnt werden, die sich bei richtiger Berücksichtigung ihres Zustandes geistig doch ganz normal entwickeln und mit denen noch gute Lehrresultate zu erzielen sind.

A. Netter (Pforzheim)

G. Anton (Halle a. S.), Über 22 Gehirnoperationen mittelst Balkenstichs gegen Wasserkopf und Hirngeschwülste. (Zeitschr. f. Kinderforschung. Januar 1910.) A. formuliert auf Grund seiner Erfahrungen folgende Vorschläge:

Die Operation der Balkeneröffnung erscheint angezeigt bei stärkerem Hydrozephalus der Kinder, wobei eine Schädelverbildung und eine Atrophie und Verdünnung des Großhirns, eventuell eine Druckatrophie des Kleinhirns verhindert werden soll. In jenen Fällen von Gehirngeschwülsten, wo es zu Hydrocephalus internus des Gehirns kam, ist die Operation imstande, die Stauung der Hyperämie des Sehnerven auf längere Zeit zum Rückgang zu bringen. Die quälenden Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen wurden in einer großen Zahl von Fällen rasch und günstig beeinflußt. Die Symptome des Tumors werden durch Beseitigung des allgemeinen Druckes diagnostisch deutlicher. Es wird durch diese Operation eventuell Zeit gewonnen, durch Hinausschieben der Erblindungsgefahr die operative radikale Behandlung des Tumors zu erwägen und durchzuführen. Während des Balkenstiches ist es auch möglich, die Ventrikel zu sondieren und etwaige Formveränderungen oder abnorme Resistenz daselbst zu erkennen. Die Herstellung einer Verbindung von Ventrikel und Subduralraum empfiehlt sich mitunter als Hilfsoperation bei Schädeleröffnungen, wenn bei Gehirnschwellung eine Hirnhernie oder ein Durchreißen der Hirnoberfläche zu befürchten ist. Diese Form der Operation darf weiterhin versucht werden bei jenen nicht seltenen Erkrankungen des Sehnerven, welche bei Turmschädeln und ähnlichen Deformitäten entstehen.

H. Netter (Pforzheim).

Heinrich Kirchberg, Die Barlowsche Krankheit und ihre Komplikation mit spasmophiler Diathese. (I.-D. Erlangen 1910.) Das Kind wurde der Kinderklinik wegen Dyspepsie und eklamptischer Anfälle überwiesen. Bei der Aufnahme fiel sofort eine umschriebene, prall elastische Schwellung am linken Unterkieferaste auf, die, da das Kind, ein 4 monatiger Knabe einer gesunden Mutter und eines wegen einer polyneuritischen Psychose in der Erlanger Irrenklinik untergebrachten Vaters, noch keine Zähne hatte, keine Parulis sein konnte; auch die Annahme einer Osteomyelitis wurde, in Anbetracht der großen Seltenheit in diesem Alter, alsbald wieder aufgegeben. In den

nächsten Tagen post recept. traten dann Blutungen am Kopfe, besonders an den Schläfen, und eine Hautblutung im Nacken auf, und an den unteren Extremitäten zeigten sich Anschwellungen, so daß die Diagnose, Barlowsche Krankheit, gestellt wurde, die dann weiter durch den Verlauf und den Nachweis charakteristischer Knochenveränderungen an beiden unteren Enden der Femora und Frakturen beider Unterschenkelknochen im Röntgenbilde bestätigt wurde. Einige sonst bei M. B. vorhandenen Symptome wie Temperaturerhöhung, Kopfschweiße und Zahnfleischblutungen fehlten, dagegen war eine Anämie leichten Grades, Hämoglobingehalt 65 %, vorhanden. Aus den Daten der Krankengeschichte geht hervor, daß heftige Schmerzen, namentlich an den unteren Extremitäten bestanden haben müssen, die in den durch das Röntgenbild nachgewiesenen doppelseitigen Unterschenkelbrüchen mit Blutergüssen ihre Erklärung finden. Es waren somit die wesentlichen für M. B. charakteristischen Symptome vorhanden.

Die in einem Fünftel aller Barlowfälle beobachtete Enteritis ging auch hier dem Ausbruch der Krankheit voraus.

Besonderes Interesse gewinnt der Fall durch das Auftreten von M. B. einmal in einem ungewöhnlich frühen Lebensalter, durch die Sugillationen an der Stirn, am Schläfen- und Scheitelbein, durch die Hautblutung im Nacken, endlich durch die Komplikation mit eklamptischen Anfällen, deren rinden-epileptischer Charakter zusammen mit konjugierter Deviation, vorwiegender Beteiligung der rechtsseitigen Extremitäten, dem vorübergehenden Nachbleiben einer rechtsseitigen Parese zunächst auf epi- oder subdurale Barlowsche Blutungen hinzuweisen schienen, bis durch das Ergebnis der elektrischen Prüfung die wahre Natur der Eklampsie ihre Aufklärung fand, im Sinne einer spasmophilen Diathese. In den ersten Tagen war die elektrische Erregbarkeit, gemessen am Nervus medianus im Sulcus bicipitalis, so stark, daß schon bei 2 Milliampere Stromstärke eine Kathodenöffnungszuckung ausgelöst werden konnte. Dagegen fehlten allerdings das Chvosteksche, Trousseausche und Escherichs Mundphänomen und eine sonst sehr häufige Erscheinung der spasmophilen Diathese, der Laryngospasmus, war nur andeutungsweise in Form von deutlichem Stenosenatmen, laut schnarchender Inspiration, deutlicher Einziehung des Jugulum und der unteren Thoraxpartie vorhanden. Immerhin wird man doch wohl auf Grund der Kombination zweier, gerade für die Diagnose wesentlich charakteristischer Symptome, der galvanischen Übererregbarkeit peripherischer Nerven und der eklamptischen Anfälle, an dieser Diagnose festhalten. Für das Bestehen einer spasmophilen Diathese spricht schließlich auch noch der weitere Verlauf, das rasche Verschwinden der Anfälle innerhalb einiger Tage bei zweckentsprechender Diät.

Es handelt sich somit höchstwahrscheinlich um eine Komplikation der „spasmophilen Diathese“ mit Barlowscher Krankheit, die aber wahrscheinlich eine gemeinsame Ursache (Ernährungsstörung) haben.

Hinsichtlich der Therapie war die Situation schwierig; ein Spezifikum für Barlowsche Krankheit, rohe Kuhmilch, durfte wegen der

Kombination des M. B. mit spasmophiler Diathese nicht gegeben werden. Auch hier haben sich die Beobachtungen Finkelsteins bestätigt, insofern, als nach äußerst vorsichtig dosierter, im Interesse einer Hebung des Ernährungszustandes versuchter Verabreichung von Kuhmilch und schon bei ganz geringen Gaben, 50 ccm, sofort eine Steigerung der galvanischen Erregbarkeit sich wieder einstellte. Fruchtsäfte riefen sofort Darmstörungen hervor, und so blieb nichts übrig als die Beschaffung von Ammenmilch. Bei der Ernährung mit Frauenmilch und Kufekemehl nimmt dann das Kind, wenn auch langsam, zu. Die Schwellung an den Knochen, sowie die von den Blutungen herrührenden Verfärbungen der Haut waren in Monatsfrist verschwunden.

H. Netter (Pforzheim).

S. Klein, Über Inversio iridis. (Medizinisch-chirurgisches Zentralblatt. 28. März 1910. Nr. 13.) Daß die Iris völlständig nach hinten gestülpt, gleichsam umgeklappt ist, das ist etwas so Seltenes, daß Verf. in einer 40 jährigen ophthalmologischen Laufbahn unter einem Material von mehr als 150000 augenkranken Individuen bis auf den zu beschreibenden Fall derartiges nicht gesehen und auch in der Literatur nirgends eine Andeutung über einen derartigen Zustand gefunden hat. Träger desselben ist ein 13 jähriger idiotischer Knabe, dessen beide im übrigen äußerlich wohlgestaltete Augen viel kleiner als gewöhnlich sind — angeborener Mikroophthalmus. Von den einzelnen Teilen erregt besonders die Kornea Aufmerksamkeit, die einen horizontalen Durchmesser von nur 9 $^1/_2$ mm hat. Die Vorderkammer ist auffallend tief. Die Iris ist nach hinten umgestülpt, sie bildet einen nach vorn geöffneten Kessel. Die Kuppel der umgestülpten Iris hat ihren Scheitelpunkt schätzungsweise hinter jenem Punkt liegen, mindestens aber genau dort, wo normalerweise der hintere Pol der Linse sich befindet. Die Tiefe der Vorderkammer beträgt daher mindestens, wahrscheinlich aber noch mehr als das Doppelte des Normalen. Dabei scheint das Gewebe der Iris normal erhalten zu sein, da Verf. betont, daß die Zeichnung keine Abweichung vom Normalen erkennen lasse. Die Pupille ist eng, unregelmäßig, erweitert sich auf Atropin nur wenig, so daß ein Einblick in die Tiefe kaum gestattet war. Die Linse ist kalkig, geschrumpft, mit dem unteren Umfang des Pupillarrandes verwachsen, der obere Rand abgelöst, subluxiert, nach hinten um eine horizontale Achse in den Glaskörper hinein wie umgeklappt, freischwebend. Dieser Zustand ist am linken Auge entwickelter als am rechten, während sonst alles an beiden Augen ziemlich gleich ist. Das Sehvermögen ist wahrscheinlich gleich Null, doch läßt sich, da der Knabe keine verwertbaren Auskünfte gibt, keine Gewißheit verschaffen.

Anamnestisch ließ sich nur in Erfahrung bringen, daß die Blindheit seit frühester Kindheit besteht, im Alter von etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Jahren bemerkt wurde und daß sie vermutungsweise infolge einer Gehirnhautentzündung entstanden ist. Trotzdem nun deutliche Zeichen von Entzündungserscheinungen in den Synechien und Linsenveränderungen gegeben sind, neigt Verf. doch entschieden zur Annahme, daß der hier beschriebene Zustand angeboren ist, aber nicht im Sinne einer

Bildungsanomalie, sondern daß es sich mindestens zum Teil um intrauterine Entzündungsresiduen handelt. Die Erklärung aber für das Zustandekommen dieser Irislage mit der ungeheuer tiefen Kammer vermag Verf. nicht zu geben. Durch wiederholte solche Beobachtungen dürften die Schwierigkeiten der Erklärung für die Genese des beschriebenen Zustandes abnehmen. H. Netter (Pforzheim).

Weinstein, Ein Fall von Buphthalmus mit kongenitaler Hypertrophie des Oberlides (Elephantiasis neuromatosa s. Neurofibroma congen. palp. super. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. November 1909.) Das Neurofibrom der Lider weist drei Formen auf, nämlich 1. das Neuroma plexiforme („Rankenneurom"), 2. das Fibroma molluscum, und 3. die halbseitige Gesichtshypertrophie. Diese drei Arten können gleichzeitig in verschiedener Stärke ausgeprägt sein, und die klinische Diagnose wird dann nach den vorwiegend charakteristischen Merkmalen bestimmt. Alle diese Formen können mit Buphthalmus congenitus kombiniert sein. In der Literatur sind bisher ungefähr zehn solcher Fälle beschrieben worden, dem Verf. einen neuen hinzufügt.

Wenn auch im übrigen die Meinungen der Autoren verschieden sind, so erkennen sie doch alle den Zusammenhang zwischen den Neurofibrom der Lider und dem Buphthalmus an. Sommer (Zittau).

Natanson, Zwei Fälle von solitärer Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes im frühen Kindesalter. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Februar 1910.) Die Symptomatologie und Diagnose der Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes, insbesondere derjenigen Fälle, die klinisch eine intrabulbäre Geschwulst simulieren und im Kindesalter besonders schwer von Gliom zu unterscheiden sind, ist trotz vieler klinisch und anatomisch untersuchter Fälle noch nicht genügend aufgeklärt.

In dem erstbeschriebenen Falle des Verf. wurde klinisch „Glioma retinae" diagnostiziert; das Mikroskop ergab aber Solitärtuberkulose der Aderhaut und des Sehnerven. Im zweiten Falle stellte Verf., da ihm der erste noch frisch im Gedächtnis war, schon klinisch die richtige Diagnose.

Vergleicht man die hier gegebenen Krankengeschichten mit den in der Literatur wiedergegebenen Fällen, so sehen wir, daß der erste Fall zu den seltenen Formen gehört, in denen die für intraokulare Tuberkulose als mehr oder weniger kardinal geltenden Symptome — entzündliche Erscheinungen und frühe Affektion der Sklera — fehlen, und die daher große Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose bieten, besonders wenn man im Kindesalter zwischen intraokularer Tuberkulose und Gliom differenzieren muß. Das Fehlen entzündlicher Erscheinungen, erhöhte Tension, weißgelber Reflex aus dem Augeninnern (=„amaurotisches Katzenauge") und geringes Alter des Patienten berechtigten zur Diagnose des Glioma. Die bei der Enukleation gefundene Verdickung des Sehnerven bekräftigte noch mehr die Diagnose. Das Mikroskop zeigte aber, daß die Diagnose unrichtig war und daß eine Verdickung des Sehnerven, wie sie bei

Gliom oft zu sehen ist, auch bei intraokularer Tuberkulose vorkommen kann.

Das Vorhandensein entzündlicher Erscheinungen und besonders das frühe Ergriffensein der Sklera sprechen für Tuberkulose, dagegen Erhöhung der Tension des Bulbus mehr für Gliom, ebenso ganz jugendliches Alter. Eine große Bedeutung für die Diagnose hat natürlich die Berücksichtigung des gesamten Allgemeinzustandes. Finden sich Zeichen von Tuberkulose anderer Organe oder vermutet man auf Grund der Anamnese oder Familiengeschichte Tuberkulose, so spräche dieses zugunsten einer tuberkulösen Erkrankung des Auges.

Was die Therapie anbetrifft, so sprechen die Beobachtungen des Verf.s unbedingt für Enukleation in allen Fällen von Tuberkulose des hinteren Augenabschnitts, wo das Auge quoad visum als verloren anzusehen ist. Der tuberkulöse Prozeß greift sonst auf den Sehnerv und die Sehnervenscheiden über, und die Meningitis tuberculosa ist nur eine Frage der Zeit, sogar manchmal einer sehr kurzen. Zudem sind wir doch nicht immer imstande, klinisch eine bösartige Geschwulst sicher auszuschließen.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

H. Weiss, Die Blutgerinnung in ihren biochemischen und klinischen Beziehungen. (Aus der III. mediz. Klinik und der Klinik f. Kinderkrankheiten in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 23.) Die Untersuchungen ergaben folgendes: Beim gesunden Erwachsenen beträgt die Gerinnungszeit etwa $2^1/_2$ Minuten. Beim Neugeborenen fanden sich Gerinnungszahlen von niederem Maße, oft auch niedriger, als bei der Mutter, häufig Übereinstimmung zwischen Mutter und Kind; wo einmal verzögerte Gerinnung konstatiert wurde, zeigte sich auch bei der Mutter Verzögerung. Brustkinder haben Verzögerung (bis $3^1/_2$ Minuten), bei künstlich ernährten waren Werte von 2 ja $1^1/_2$ Minuten nichts Seltenes. Bei Hämophilie besteht Verzögerung ebenso bei Chlorose.

Grätzer.

F. Hamburger und **O. Schey,** Über Inkubationszeit. (Aus dem Kinderspital der Allgem. Poliklinik in Wien.) (Ebenda.) Die spezifische Umstimmung nach Kuhpockenvakzination tritt schon mehrere Tage vor den eigentlichen Krankheitserscheinungen auf, d. h. eine spezifische Umstimmung besteht schon während des Inkubationsstadiums und die spezifischen Antikörper sind schon mehrere Tage vor der eigentlichen Erkrankung im ganzen Organismus nachweislich. Der Ausdruck der Umstimmung ist die spezifische Empfindlichkeit, deren Intensität von Tag zu Tag zunimmt, und die Umstimmung des Organismus ist eben schon während des klinischen Inkubationsstadiums vorhanden.

Wenn die Verff. behaupten, daß es sich dabei um ein allgemein pathologisches Gesetz handelt, so können sie es damit begründen, daß dieses Verhalten nicht nur bei der Vakzination und der Tuberkulose, sondern auch bei der Serumkrankheit nachzuweisen ist.

Durch die Untersuchungen wird die Inkubationszeit und besonders das scheinbar plötzliche Auftreten gewisser Krankheiten des Rätselhaften entkleidet. Damit werden nicht nur die gar nicht so selten zu beobachtenden prodromalen Fiebersteigerungen vor dem Maximum der Vakzineerkrankung erklärt, sondern auch das langsame Anwachsen der Impfpapel, die sich gewöhnlich 3—5 Tage nach der kutanen Erstvakzination zeigt. Dieses langsame Anwachsen der Impfpapel ist eben nicht allein durch das Anwachsen der Vakzinekolonie, also nicht allein mechanisch zu erklären, wie dies v. Pirquet gemeint hat, sondern es ist gleichzeitig durch das Anwachsen der Vakzineempfindlichkeit, also biochemisch, zu erklären. Die kleine Aula um die Papel braucht dann auch nicht durch lokale Antikörperbildung erklärt zu werden, sondern sie entspricht der schon im ganzen Organismus, also allgemein vorhandenen Anwesenheit von Antikörpern.

Wenn trotzdem 9 oder 11 Tage nach der Erstvakzination eine scheinbar plötzliche Reaktion auftritt, so beruht das eben darauf, daß man sich die Zunahme der Empfindlichkeit nicht als eine in arithmetischer, sondern als eine in geometrischer Progression ansteigende Größe vorzustellen hat.

Die Verff. glauben also annehmen zu dürfen, daß die Entwicklung der Antikörper während des klinischen Inkubationsstadiums langsam zunimmt, wie sich aus der quantitativen Bestimmung der spezifischen Empfindlichkeit ergibt. Wenn sie trotzdem diese Empfindlichkeit nicht früher als 4—5 Tage nach der Erstvakzination nachweisen können, so glauben sie es damit erklären zu dürfen, daß eben in den allerersten Tagen die bis dahin gebildeten Antikörper noch so gering an Zahl sind, daß sie mit den uns zu Gebote stehenden Mitteln bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden können, weil eben die Injektion von $^1/_{10}$ Lymphe schon bei der ersten Injektion oft geringfügige Reaktionen bedingt. Grätzer.

R. Marek, Über einen mit gutem Erfolge operierten geplatzten Nabelschnurbruch mit großem Bauchwanddefekt und Eventration der Bauchorgane. (Aus der mährischen Landesgebäranstalt in Olmütz.) (Ebenda.) Selbst solche Fälle sind also nicht von vornherein als verloren anzusehen, und die radikale Operation muß jedenfalls versucht werden. Grätzer.

A. Königsberg, Ein atypisch verlaufender Fall von Varizellen. (Aus der Kinderabteilung d. Allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.) Der Fall, der ein 13 Monate altes Kind mit Pertussis und beiderseitiger Pneumonie betrifft, liefert wieder einen Beitrag zur Frage der gegenseitigen Beeinflussung zweier Infektionskrankheiten.

Das Atypische in dem Falle war: 1. Immer neues Aufschießen von Varizellenbläschen noch sechs Tage nach Beginn der Erkrankung.

2. Das Fehlen des roten Hofes um die Bläschen herum.

Was das erste anbetrifft, so beschreibt Henoch als seltenen einen Fall, wo Aufschießen von neuen Bläschen noch am Abend des

dritten Tages auftrat, bemerkt aber dabei, daß Thomas sich gegen das Vorkommen solcher Nachschübe ausspricht.

Swoboda (Handbuch für Kinderheilkunde) berichtet aber, daß, während der ganzen ersten Woche neue Nachschübe vorkommen können. Es ist aber jedenfalls selten, daß unkomplizierte Varizellen noch sechs Tage nach Beginn der Erkrankung Nachschübe zeigen. Verf. möchte das in der Weise erklären, daß durch die interkurrente Pneumonie der protrahierte Verlauf hervorgerufen war.

Das Atypische in dem Aussehen der Bläschen besteht, wie oben bemerkt, im Fehlen des hyperämischen Hofes. Diese Anomalie konnte durch Pneumonieinfektion in der Weise hervorgerufen sein, daß die spezifische Empfindlichkeit für das Varizellengift im Organismus vermindert wurde. Grätzer.

Wegelin, Zystisches Gliom des Kleinhirns bei einem dreijährigen Mädchen. (Corr.-Bl. für Schweizer Ärzte. 1910. Nr. 8.) Das Kind war ca. ein halbes Jahr zuvor mit Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Erbrechen und Gehstörungen erkrankt. Von den klinischen Symptomen sind erwähnenswert: Verminderte Intelligenz, Gleichgewichtsstörungen, Stauungspapille, Spasmen. Bei der Lumbalpunktion stark erhöhter Druck. Bei der Sektion wurde im Kleinhirn eine median gelegene Zyste von ca. 4 cm Durchmesser, mit gallertiger Masse gefüllt, gefunden. In der linken Kleinhirnhemisphäre schließt sich an die Zyste eine nicht scharf begrenzte Tumormasse an, die beinahe bis zur Rinde reicht. Nach dem mikroskopischen Befund handelt es sich um ein Gliom, das noch ziemlich viel Nervenfasern enthält, die nach der Bielschowskyschen Neurofibrillenmethode sich schön darstellen lassen. Das Tumor hatte zu hochgradigem Hydrocephalus internus geführt. H. Netter (Pforzheim).

U. Ferrares, Die Pleurotomie als Methode der Wahl bei der eitrigen Pleuritis der Kinder. (Pediatria. 1910. Nr. 2.) Verf. berichtet über die Behandlung von 66 Empyemen, von denen 51 rein metapneumonisch waren, während die andern teils komplizierten Pneumonien, teils andern Erkrankungen ihre Entstehung verdankten. Auf die einzelnen Lebensjahre verteilten sie sich wie folgt: 4, 20, 13, 13, 7, 5, 2, 2. Die einfache Pleurotomie wurde in 59 Fällen ausgeführt, mit 8 Todesfällen, die Thorakenzentese mit nachfolgender Pleurotomie in 1 Fall. Der Pleurotomie mußte die Rippenresektion folgen in 3 Fällen mit 2 Todesfällen; die Rippenresektion allein erfolgt ein 2, die Thorakozentese allein in 1 Fall, ohne Todesfall. Die Pleurotomie hat den Vorzug, ein sehr einfacher Eingriff zu sein. Drainiert wurde durch 2 kräftige Gummiröhren von 5 mm Lumen. Von 50 durch Pleurotomie Geheilten erfolgte die Heilung innerhalb 10 Tagen bei 5, innerhalb 20 Tage bei 9, innerhalb 30 Tagen bei 19, innerhalb 40 Tagen bei 10. M. Kaufmann.

M. Ponticaccia, Das Morphin in der Behandlung des Krupp. (Pediatria. 1910. Nr. 2.) Von 37 innerhalb 2 Monaten in dem Ospedale civile zu Venedig aufgenommenen Kruppfällen wurden 11 gleich operiert, 2 waren sehr leicht; bei den übrigen 24 wurden

neben der Serumbehandlung kleine Morphindosen gegeben; von ihnen mußten später noch 6 operiert werden. Die Morphindosis betrug 2 mg, selten 3 mg; nötigenfalls wurde eine neue Dosis frühestens nach 2 Stunden gegeben; die größte Gesamtdosis betrug 13 mg; die Darreichung erfolgte stets subkutan. Das Morphium wurde stets gut ertragen. Eine eigentlich bessernde Einwirkung des Morphins auf die Stenose war nicht festzustellen; er schien aber einer Verschlimmerung vorzubeugen und so einer Wirksamkeit des Serums die nötige Zeit zu verschaffen. Von den 24 mit Morphium behandelten Fällen, von denen 16 schwer waren, starben nur drei, alle lange, nachdem die Stenose vorbei war, an Komplikationen, ein Resultat, das als gut zu betrachten ist und zu weiteren Versuchen mit Morphin ermutigt.

M. Kaufmann.

C. Bracci, Einfluß der Salzsäure des Magens auf den Durchgang von Keimen durch die Wand des Verdauungskanals bei Muttermilch trinkenden Tieren. (Pediatria. 1910. Nr. 3.) Verf. prüfte die Wirkung der Magensalzsäure an 2 Gruppen von Hunden und Katzen, denen beiden er die Bazillensuspension beibrachte, deren einer er aber gleichzeitig Atropin zur Unterdrückung der Magensaftsekretion gab. Die Tiere wurden nach einer bestimmten Zeit getötet und der Inhalt der einzelnen Darmabschnitte sowohl, als auch Blut, Lymphdrüsen und Leber auf ihren Bakteriengehalt geprüft. Von 23 Normaltieren entwickelten sich die Keime und Inhalt des Magens, Dünndarms, Dickdarms, Rektums in 4, bzw. 8, bzw. 3, bzw. 2 Fällen, von 28 Atropintieren dagegen in 19, 23, 16, 10 Fällen. Die Untersuchungen des Bluts und der Organe ergab bei ersteren fast stets Keimfreiheit, bei letzteren dagegen sehr häufig Bakterienentwicklung. In den Fällen, wo sich nur dem Magendarminhalt der Normaltiere die Bakterien entwickelten, ging die Entwicklung langsamer vor sich als bei den Atropintieren. Die entwicklungshemmende Wirkung der Salzsäure läßt sich auch in vitro an azidifizierten Nährböden deutlich nachweisen.

M. Kaufmann.

G. D'Errico, Die Erregung der Brustdrüsenfunktion. (Pediatria. 1910. Nr. 4.) Spritzt man defibriniertes Blut einer trächtigen Hündin intravenös einer säugenden Hündin ein, so hört die Milchsekretion eine Zeitlang auf; subkutane Injektion oder die intravenöse Injektion von Blut eines normalen Hundes haben diese Wirkung nicht. Damit ist bewiesen, daß bei der schwangeren Hündin Stoffe kreisen, die die Milchsekretion hemmen, wahrscheinlich fötaler Provenienz.

M. Kaufmann.

G. Bongiovanni, Klinischer Beitrag zur Behandlung der angeborenen chronischen Hydrocephalus internus. (Pediatria. 1910. Nr. 5.) Verf. beschreibt 4 Fälle der Affektion. In einem Falle war Lues des Vaters die Ursache; er wurde durch spezifische Behandlung gebessert. Bei den 3 andern war Potatorium des Vaters das ätiologische Moment; bei ihnen wurde die Punktion eines Seitenventrikels vorgenommen. Die Resultate dieser Behandlung sind jedoch keineswegs ermutigend. In einem Falle kam es zum Exitus, wahrscheinlich infolge der zu großen Menge Flüssigkeit, die entzogen

wurde (1000 ccm); in einem 2. Falle war die Beobachtungszeit zu kurz, um ein Urteil zu fällen; im 3. Falle schien trotz 5 Punktionen die Behandlung erfolglos; die Flüssigkeit ersetzte sich immer wieder sehr schnell. Der Fall kam später auswärts im Anschluß an eine Punktion (1300 ccm) zum Exitus; der Bericht darüber macht allerdings den Eindruck, als ob die 5 Punktionen eine Zeitlang den Prozeß zum Stillstand gebracht hätten. M. Kaufmann.

R. Massalongo und **U. Gasperini,** Della Corea emiplegica. (Rivista di Patologia nervosa e mentale. 1910. Bd. 15. Heft 30.) Verff. teilen die durch zwei Textabbildungen illustrierten Krankengeschichten von einem 13jährigen Knaben und einem 11jährigen Mädchen mit, welche eine Chorea mit totaler linksseitiger Hemiplegie darboten. Sowohl die eigentlichen choreatischen Bewegungen, als die paralytischen Störungen, die bei der Chorea vorkommen können, sollen von dem stets auf die motorischen Rindenzentren, qualitativ aber verschieden (d. h. lähmend oder erregend) einwirkenden toxisch infektiösen Agens abhängig sein. H. Netter (Pforzheim).

Bonamy, Tumeur de l'ovaire chez une enfant de 5 ans. Ablation. (Paris Chirurgical. 1910. Nr. 1/2.) Schwere Erscheinungen eines akuten Darmverschlusses hatten eine dringliche Operation nötig gemacht. Das Kind hatte sich bis zum dritten Jahr stets wohl befunden. Um diese Zeit traten Magen-Darmstörungen mit Erbrechen auf, die als gastrische Erkrankung behandelt wurden. Diese Störungen kehrten von Zeit zu Zeit wieder, und Mitte Dezember 1908 hatte das Kind anscheinend eine sehr heftige abdominale Krise, die mit Bettruhe und Diät behandelt wurde. Die gegenwärtige Erkrankung begann am Magen des 13. Dezember 1909 mit Erbrechen und alle 20 Minuten eintretenden Schmerzen im ganzen Leib. Seit mehreren Tagen weder Stuhl noch Flatus. Gesicht verzerrt und bleifarbig, Puls 130, Temperatur im Rektum 37,2°.

In dem eingezogenen, kontrahierten, sehr schmerzhaften Leib fühlt man etwas links und unterhalb des Nabels einen mandarinengroßen, anscheinend unbeweglichen, höckerigen und sehr schmerzhaften Tumor. Diagnose: Darminvagination. Bei der sofortigen Operation findet sich ein langgestielter Tumor, dessen viermal um sich selbst gedrehter Stiel von dem ganzen breiten Mutterband gebildet wird. Keine Verwachsungen. Der Tumor wird flankiert von einer dunkelroten Tube. Durchtrennung des Stieles nach vorheriger Ligatur.

Nach dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um ein Zystosarkom vom Rundzellentypus. Fünf Monate post operat. noch kein Rezidiv. H. Netter (Pforzheim).

P. Haushatter, Opalescence d'épanchements pleuraux et péritonéaux, indépendante de la présence de graisse ou de mucine dans le liquide. (Compt. rend. Soc. de Biologie. 1910. 19. März.) Bei einem 10jährigen, an chronischer Nephritis mit Ödemen, Ergüssen in den serösen Höhlen und urämischen Erscheinungen leidenden Kind und bei einem 15jährigen Mädchen mit Symphysis pericardii, mit Hypertrophie der Leber, pleuralem und peri-

tonealem Exsudat zeigte die durch Punktion entleerte Flüssigkeit, aus der Pleura im ersten, aus dem Peritoneum im zweiten Falle, das typische Aussehen chylöser oder opaleszenter Exsudate.

Die Opaleszenz der Flüssigkeit seröser Exsudate kommt bei verschiedenen klinischen Zuständen vor. In gewissen Ausnahmefällen wurde sie durch das Vorhandensein von Chylus in natura, eine Folge der Ruptur von Chylusgefäßen erklärt, in der Mehrzahl der anderen Fälle durch die Emulsion von Fett oder Muzin.

Nach dem Ergebnis der chemischen Analyse war in den beiden, von Haushalter berichteten Fällen weder Fett noch Muzin vorhanden: im ersten Fall waren die Eiweißstoffe einzig durch Serumalbumin ohne Globulin gebildet; im zweiten Fall durch Spuren von Fibrin und besonders durch Serum-Albumin und Globulin.

H. Netter (Pforzheim).

Barbier (Paris). Anaphylaxie pour le lait de vache chez les nourrissons. (Archives de méd. des enf., Juillet 1910.) Der Verf. betrachtet die Intoleranz, welche viele Säuglinge für Kuhmilch zeigen, als eine anaphylaktische Erscheinung. Es gibt Kinder, bei denen diese Intoleranz angeboren ist resp. sich in den ersten Tagen nach der Geburt entwickelt und die als kongenitale Anaphylaxie zu bezeichnen wäre. Bei anderen besteht eine erworbene Anaphylaxie, die hauptsächlich auf übermäßige Ernährung mit Kuhmilch zurückzuführen ist. Die Intoleranz, welche auftritt, ist eine derartige, daß solche Kinder stetig an Gewicht verlieren und athreptisch werden, falls man denselben keine Frauenmilch, oder wenigstens Eselinnen- oder Ziegenmilch reicht, deren Zusammensetzung sich derjenigen der Frauenmilch am meisten nähert. Solche Kinder bekommen ähnliche Intoleranzerscheinungen, falls man sie nach geraumer Zeit wieder mit Kuhmilch nähren will, und genügen oft minimale Mengen von letzterer, um dieselben hervorzurufen. Das Charakteristikum dieses Zustandes ist also, daß er rasch verschwindet, sowie man die Kuhmilch aussetzt und bei Wiederreichen dieser prompt wieder auftritt. Der Verf. illustriert das Gesagte durch mehrere Gewichtskurven.

E. Toff (Braila).

P. Nobécourt (Paris). Le coeur dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. (Archives de méd. des enfants. 1910. Nr. 7.) Herzkomplikationen im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus sind bei Kindern außerordentlich häufig. Nach statistischen Daten tritt die Endokarditis in 60, 80 und selbst 90 % der Fälle auf, die Perikarditis in 30—50 %. Beim Erwachsenen ist das betreffende Verhältnis: 25 % für erstere Komplikation und 10 % für letztere. Das kindliche Alter zeigt also eine ganz manifeste Prädisposition für Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der in Rede stehenden akuten Krankheit. Sowohl die Endo- als auch die Perikarditis sind Resultate der Tätigkeit des noch nicht genau bekannten toxi-infektiösen Prozesses, welcher auch myokarditische Störungen verschiedener Art hervorrufen kann. Im allgemeinen sind diese Komplikationen während des akuten Stadiums benigner Natur, doch können sie auch sehr bösartig sein und rasch zum Tode führen.

In den meisten Fällen ist aber die entfernte Prognose als sehr

ernst aufzufassen, obzwar Heilungen, namentlich in den leichteren Fällen, oft zu beobachten sind. Die myokarditischen Störungen führen nach einiger Zeit zu Zirkulationsstörungen und es kann oft zur Entwicklung von Asystolie kommen.

In diagnostischer Beziehung ist das Abschwächen der Herztöne als eines der frühesten Symptome einer rheumatischen Herzkomplikation aufzufassen. Die Verbreiterung der Herzdämpfung weist entweder auf Dilatation, auf Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel oder auf beide hin.

Therapeutisch muß selbst in leichten Fällen Bettruhe anempfohlen werden. Als Medikament ist das Natrium salicylicum als bestes prophylaktisches Mittel anzusehen. Bei Auftreten von Herzkomplikationen ist absolute Ruhe eine der Hauptbedingungen, ferner Sinapismen, feuchte Umschläge, eventuell Eisblase. Es muß ferner auf Milchdiät, oder falls diese nicht gut vertragen wird, auf Milch-Pflanzendiät geachtet werden.

Die Notwendigkeit der Anwendung direkter Herzmittel tritt nur selten auf. Man wendet dann mit Vorliebe Kampferöl, Strychnin und Spartein an, da Digitalis im kindlichen Alter große Vorsicht erheischt.

E. Toff (Braila).

F. Balzer (Paris), Posologie du benzosulfone paraamino-phénylarsinate de soude seul ou associé au mercure (hectine et hectargyre) dans le traitement de la syphilis. (La presse médicale. 1910. Nr. 31.) Die Arsenikbehandlung der Syphilis gibt gute Resultate, hat aber auch manche Nachteile, aber hauptsächlich den, daß bei Anwendung größerer Dosen schwere Neuritiden oder auch Polyneuritis bewirkt werden können. Auch schwere Schädigungen des Sehvermögens sind öfters beobachtet worden, so daß man im allgemeinen mit den Arsenikpräparaten vorsichtig umgehen muß. Und diese Nachteile haften allen Arsenpräparaten an, sei es, daß es sich um Natriumkakodylat, Arrhenal, Histogenol, Atoxyl u. a. handelt. Der Verfasser hat nun ein neues, von Mouneyrat entdecktes Arsenpräparat praktisch erprobt und glaubt, daß demselben gewisse Vorteile vor den anderen, sogenannten ungiftigen Präparaten zukommt. Dasselbe ist chemisch ein Natrium benzo-sulfon-paraamino-phenylarsinat, kurzweg Hektin genannt, und sind bisher selbst bei Anwendung großer Dosen mit demselben keinerlei ungünstige Erfahrungen gemacht worden. Die einzige Vorsicht, welche man zu beobachten hat, ist die, vor Anwendung des Mittels die Patienten in genauer Weise mit Bezug auf den Zustand ihrer Leber, der Nieren, des Herzens und namentlich des Nervus opticus zu untersuchen, wobei zu bemerken ist, daß die Gegenanzeigen des Hektins beiläufig dieselben sind, wie diejenigen des Quecksilbers. Treten während der Behandlung Erscheinungen von seiten des Auges auf, wie Kongestionen, Nebelsehen u. a., so muß die Arsenbehandlung gleich unterbrochen werden.

Was die Dosierung des Hektins anbetrifft, so ist festzuhalten, daß 5 cg Hektin 1 cg Arsenik entsprechen, und sind die Tagesdosen derart, daß sie 2—4 cg Arsenik entsprechen. Es sind dies Mengen,

welche hoch erscheinen, doch ist die Toleranz des Organismus für die organischen Arsenverbindungen eine unvergleichlich höhere, als für die alten, unorganischen Salze.

Die Anwendungsweise des Mittels ist die, daß man täglich oder jeden zweiten Tag Dosen von 10—20 cg Hektin intramuskulär einspritzt und im Mittel etwa 2 g Hektin innerhalb 20 Tagen einspritzt. Für Kinder scheint die Dosis von 0,05 g Hektin genügend zu sein. Bei Säuglingen könnte man mit 0,02 g beginnen und ansteigend auf 0,05 g gelangen.

Man kann Hektin allein oder in Verbindung mit Hg zur Anwendung bringen und schlägt Verf. hierfür das Hektargyr vor, welches eine wahre chemische Verbindung darstellt und folgendermaßen formuliert wird: Hektin 0,10, Hydrargyrum oxycyanatum 0,01, Aq. destill. 1 ccm. Das Hektargyr hat sehr gute Erfolge in allen Stadien der Syphilis gegeben. Bei Beginn der sekundären Periode haben eine oder zwei Hektargyrkuren einen kräftigen resolutiven Einfluß auf die Eruptionen und bringen sehr oft die Krankheit in den latenten Zustand. Man kann dann die Behandlung mit Quecksilber fortsetzen, dessen Einwirkung eine viel länger andauernde ist. Auch bei schweren Syphilisfällen, bei ulzerösen, malignen oder tertiären Formen geben Hektin und Hektargyr gute Erfolge, hauptsächlich durch Hebung der Körperkräfte.

E. Toff (Braila).

N. I. Nestor und **Ch. Barbuneanu** (Bukarest), Die Okuloreaktion mit Tuberkulin bei Scharlach, Diphtherie und Abdominaltyphus. (Spitalul. 1910. Nr. 12.) Arloing hat auf Grund seiner Experimente behauptet, daß auch bei anderen Krankheiten als Tuberkulose, bei welchen es sich um die Bildung von vaso-dilatatorischen Toxinen handelt, die Okuloreaktion auf Tuberkulin positiv ausfällt und diese daher als nicht charakteristisch für Tuberkulose angesehen werden kann. Die Untersuchungen, welche die Verff. nun bei den erwähnten Krankheiten vorgenommen haben, zeigten, daß nur in seltenen Fällen die Konjunktivalreaktion bei ihnen positiv ausfällt, ohne daß Tuberkulose nachzuweisen wäre. In jenen Fällen, in welchen klinisch der tuberkulöse Herd nicht auffindbar war, wurde er bei der Nekropsie aufgefunden, und es kann angenommen werden, daß es tuberkulöse Herde geben kann, welche auch nekroptisch nicht auffindbar sind. Man kann daher als feststehend annehmen, daß der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion an der Konjunktiva bei den erwähnten akuten Krankheiten auf das gleichzeitige Bestehen eines tuberkulösen Herdes im Organismus hinweist.

E. Toff (Braila).

Fairbanks und **Vickers**, A case of enterectomy under spinal anaesthesia in an infant seven months old recovery. (Lancet. 1910. Nr. 6.) Da bei dem Versuch, die Invaginatio ileocoecalis zu reponieren, der Darm riß, wurde der Darm reseziert und die Darmenden mit Murphyknopf vereinigt. Am 7. Tag wurde wieder die Brust gereicht. Während dieser ersten Wochen wurden subkutane und rektale Kochsalzlösung, in den zwei ersten Tagen

mit Kognakzusatz gegeben, ferner ganz minimale Morphiumgaben. 82 Stunden post operat. kam der Murphyknopf.

H. Netter (Pforzheim).

J. D. Rolleston und **J. Mc. Cririck,** Purpura fulminans. (British Journ. of Children dis. Februar 1910.) Nach Abheilung einer hämorrhagischen Halsentzündung, deren näherer Charakter (diphtheritisch oder skarlatiniform) nicht festgestellt worden war, zeigten sich bei dem 6 jährigen bisher gesunden Knaben aus gesunder Familie dunkelrote Blutergüsse unter der Haut, zuerst am Oberschenkel, dann sich schnell weiter verbreitend, während Beine und Füße anschwollen. Unter starker Schwäche und Blässe, Erbrechen und tiefer Temperatur trat in 24 Stunden der Tod ein. Bei der Autopsie fand sich in Schleimhäuten und inneren Organen keine Hämorrhagie, die Blutuntersuchung ergab nur eine bedeutende Anämie. Verf. nimmt an, daß die allgemeine Sepsis von der Halserkrankung ausging; nicht ausgeschlossen ist, daß dieselbe ein verkannter Scharlach war.

Max Joseph (Berlin).

E. F. Skinner, A note on the histology of dermatitis exfoliativa neonatorum. (British Journ. of Dermat. März 1910.) Im Anschluß an den Bericht eines einschlägigen Falles wird das histologische Bild der exfoliativen Dermatitis Neugeborener beschrieben und durch klinische und mikroskopische Photographien veranschaulicht. Das Charakteristikum der Erkrankung ist ein massenhaftes Abstoßen der Hornschichten durch seröse Exsudationen, welche die Oberfläche überschwemmen. Dies Serum wird von einem starken Ödem der Stachelzellen erzeugt, welches seinerseits auf Erweiterung von dermalen und hypodermalen Gefäßen beruht. Die Anwesenheit von Kokken, welche die schutzlose Oberfläche leicht infizieren, und das Fehlen von Leukozyteninfiltration vervollständigen den histologischen Befund.

Max Joseph (Berlin).

A. H. Stheeman (Rotterdam), Die Bedeutung der Lymphdrüsen für den Stoffwechsel der Fette und die Immunität. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 20. November 1909. Nr. 21.) Ein fundamentaler Unterschied zwischen Fett und allen anderen Nahrungsmitteln besteht darin, daß das Fett längs der Lymphbahnen geht und die anderen Nahrungsmittel durch das Blut aufgenommen und nach der Leber geführt werden. Verf. sieht eine nähere Beziehung zwischen Fettresorption und Lymphsystem. Die Rolle der Lymphdrüsen ist während der Verdauung eine chemisch-biologische. Das Fett wird in den Drüsen emulsiert, sie üben eine lipolytische Funktion aus. Wo Metchnikoff die Antizytotoxine entstehen läßt, in denen Makrophagen die großen einkernigen Lymphozyten aus der Lymphdrüse und Milz, da glaubt Verf., daß durch seinen Lipoidcharakter dieses Antigen, also durch das Durüsenendothel und die Makrophagen aufgenommen wird. Es besteht ein Chemotoxin zwischen Fett und Lipoiden einerseits, Lymphdrüse und Makrophag anderseits. Wo es wahrscheinlich ist, daß viele pathogene Mikroben eine lipoide Umhüllung haben, besitzen sie dadurch eine Affinität zur Lymphdrüse.

Die sehr interessanten Untersuchungen werden ausführlich publiziert in Virchows Archiv.

Ootmar.

Chr. Haustedt, Erstickungstod durch Ascaris lumbr. in der Trachea verursacht. (Hospitalstidende. 1910. Nr. 20.) Beschreibung eines Falles bei einem 3 jährigen Mädchen.

Adolph H. Meyer.

M. Michalowicz, Zur Fehldiagnose Krupp in Fällen von Trachealstenose infolge Spondylitis oder Bronchialdrüsentuberkulose. (Przegląd Pedyatryczny. 1910. Tom II. Heft 1. S. 9.) Bei Kindern, welche mit der Fehldiagnose Krupp zur Intubation in ein Spital geschickt werden, handelt es sich meistens um einen Retropharyngealabszeß. Eine seltenere Fehlerquelle gibt ein Krankheitsbild, von dem der Verf. 5 Fälle aus der Diphtherieabteilung B. Schick in Wien beschreibt. Zwei von den Kindern litten an Karies der Halswirbelsäule, drei an Bronchialdrüsentuberkulose. — Die Diagnose wurde sowohl durch die Röntgenuntersuchung als auch durch die Sektion bestätigt. Infolge einer Senkung des Eiters aus dem spondylitischen Abszesse oder einer Vergrößerung der Bronchialdrüsen kam es zur Trachealstenose. Die tuberkulosen Ulzerationen der Stimmbänder machten auch in einigen Fällen die Kranken aphonisch, so daß auf den ersten Blick ein Kruppbild mit allen seinen Symptomen vorgetäuscht wurde. Von den 5 Kindern wurde nur das erste (aphonische) intubiert. Als ein wichtiges Differentialsymptom, besonders im Säuglingsalter, ist das neulich von Variot, Bruder, Schick beschriebene exspiratorische Keuchen zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose solcher Fälle zu verwerten. Die Arbeit enthält auch zahlreiche Literaturangaben über ähnliche Fälle.

Autoreferat.

W. K. Mentschikoff, Über den Erreger des Keuchhustens. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 31.) Nachdem Bordet und Gengou aus dem Auswurf Keuchhustenkranker ein besonderes Stäbchen isoliert hatten, gelang es auch Klimenko, bei Keuchhustenkranken ein dem von den vorigen Autoren beschriebenes identisches Stäbchen zu isolieren und zu kultivieren, sowie mit Hilfe dieser Kulturen Affen und junge Hunde zu infizieren, sowie endlich die Reaktion der Komplementbindung auszuführen. Eine Übersicht der Arbeiten der späteren Autoren ergibt, daß die meisten derselben das von Bordet und Gengou entdeckte Stäbchen als spezifisch für Keuchhusten ansehen, daß es jedoch allen Forschern gelang, diesen Mikroorganismus in frühen Stadien der Krankheit nachzuweisen. Eine Keuchhustenepidemie im Winter 1908 und Frühling 1909 gab unserem Autor Gelegenheit, an dem ambulatorischen Krankenmaterial der Universitätskinderklinik in Kasan seine diesbezüglichen Untersuchungen anzustellen. Er untersuchte das Sputum von 94 Keuchhustenfällen, die im Alter von 4 Monaten bis 14 Jahren standen, wobei es sich 8 mal um Glieder einer und derselben Familie handelte. Es gelang ihm bis zur sechsten Woche positive Resultate zu erhalten; bei wiederholter Untersuchung konstatierte er das Stäbchen sogar in der achten Krankheitswoche. Kontrolluntersuchungen am Sputum gesunder Kinder und bei Kindern mit andern Krankheiten ergaben stets ein negatives Resultat. Zur Isolierung der Stäbchen benutzte Autor als Nährboden Agar mit Zusatz von Hämoglobin oder auch gewöhnlichen Agar mit Zusatz von

Blut. Den Hämoglobinagar stellte Autor derart dar, daß er defibriniertes Plazentar- oder Pferdeblut wiederholt gefrieren und auftauen und es dann bei einer Temperatur etwas über Null 24 Stunden lang sedimentieren ließ. Das so erhaltene Serum enthielt die Hämoglobinlösung. Diese Lösung ist von rubinroter Farbe, hält sich recht lange und wird dem Agar in der Menge von $^1/_3$—$^1/_2$ des gesamten Quantums zugesetzt. Das Keuchhustenstäbchen bildet auf diesem Hämoglobinagar ziemlich charakteristische Kolonien. Die Stäbchen sind unbeweglich, sehr klein, haben abgerundete Enden, färben sich mit Karbolblau nach Kühne und mit Toluidinblau; sie färben sich nicht nach Gram. Die Polfärbung tritt bei Fixation mit Methylalkohol besonders deutlich hervor. Auf anderen Nährböden als den genannten findet ein Wachstum der Stäbchen nicht statt. Die Entwicklung der Stäbchen vollzieht sich am besten bei einer Temperatur von 36—37° C. Eine Agglutination mit Serum von Keuchhustenrekonvaleszenten gelang zweimal, sowohl makro- als mikroskopisch. Die Komplementbildung war in zwei untersuchten Fällen positiv. Die Virulenz der Stäbchen ist von den Wachstumsbedingungen abhängig: ein geringer Blutgehalt des Nährbodens schwächt die Virulenz in ganz bedeutendem Maße.

Autor faßt die Resultate seiner Beobachtungen dahin zusammen, daß das von Bordet und Gengou entdeckte Stäbchen als der spezifische Erreger des Keuchhustens zu betrachten ist, der in der ersten und zweiten Woche der Krankheit fast in Reinkultur vorkommt und dessen Menge im Verlaufe der Krankheit stetig abnimmt.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 19. Mai 1910.

Knoepfelmacher demonstriert ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen wegen **Idiotie und Wachstumsstörung** auf luetischer Grundlage. Es besteht schwere Intelligenzstörung, Pat. kann nur wenige Worte sprechen, erkennt nur die Mutter, läßt Kot und Harn unter sich, muß gefüttert werden. Wassermann positiv. Die Zerebrospinalflüssigkeit gibt negative Reaktion. Pat. zeigte niemals Exanthem. Die Pupillen sind auffallend enge, reagieren schlecht. Patellarreflexe auslösbar. Man könnte an Paralysis progressiva denken. Der Mangel an Progressivität und das Fehlen der Wassermannschen Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit spricht dagegen. Knoepfelmacher stellt daher die Diagnose auf eine luetische Erkrankung des Gehirns und seiner Häute.

Knoepfelmacher demonstriert ferner ein 13jähriges altes Mädchen mit **Lungenfistel.** Das Kind wurde vor 2 Jahren wegen eines metapneumonischen Empyems operiert. Die Fistel schloß sich nicht völlig, beim Husten entleerte

Pat. eitriges Sekret aus den Bronchien. Dieses Symptom veranlaßte den Gedanken an Kommunikation des Empyems mit dem Bronchialbaum. Der Beweis für diese Annahme wurde durch Injektion von mit Methylenblau gefärbter physiologischer Kochsalzlösung erbracht. Diese kam bei Expektoration wieder zum Vorschein. Auch durch Röntgendurchleuchtung konnte das Bestehen einer Kommunikation erwiesen werden; nach Injektion einer Wismutaufschwemmung sah man Wismutfäden sich in die Lunge hineinziehen.

Schick zeigt ein 10 jähriges Mädchen mit einem **hysterischen Scheintumor** des Bauches. Seit 6 Wochen besteht ein an Größe schwankender Tumor in der Magengegend. Diese schmerzlose Vorwölbung schwand plötzlich nach Aufnahme in die Klinik. Pat. kann aber den Tumor jederzeit willkürlich erzeugen. Sie atmet zu diesem Zwecke tief ein, kontrahiert die Mm. obliqui, so daß die Baucheingeweide nach oben gedrängt werden. Der Fall entspricht vollkommen den von Thiemich beschriebenen (Pfaundler-Schlossmann, III. Auflage).

Monti demonstriert einen 2 Monate alten Säugling mit einem angeborenen, nunmehr zu mächtiger Größe angewachsenen **Lymphangioma cysticum** des Halses. Dieses reicht vollbartartig vom Kinn bis auf die Brust und bewirkt durch Druck auf die Luftwege Atemnot. Exstirpation ist wegen Größe der Geschwulst unmöglich. (Das Kind ist unterdes gestorben. Ref.)

Gottlieb demonstriert ein 9 jähriges Kind mit **angeborenem Vitium.** Seit Geburt besteht Zyanose, Kurzatmigkeit. Pat. klagt über Herzklopfen. Das Herz ist etwas nach links, stark nach rechts verbreitert. Im 2. Interkostalraum links vom Sternum ist systolisches Schwirren zu fühlen. Hier hört man auch ein lautes systolisches Geräusch. Der 2. Pulmonalton ist kaum hörbar. Blutdruck ist niedrig. Elektrokardiogramm zeigt normale Verhältnisse. G. stellt die Diagnose auf Pulmonalstenose, Defekt des Septums und Offenbleiben des Ductus Botalli.

Popper zeigt ein Kind mit **primärem chronischen Gelenkrheumatismus.** Die Erkrankung begann vor einem halben Jahre. Es trat teigigweiche Schwellung der Gelenke auf, die seither bestehen blieb. Röntgen ergibt Atrophie der den Gelenken benachbarten Knochen. Die Prognose der Erkrankung ist schlecht, es kommt meist zur Versteifung der Gelenke. Bei der Pat. besteht gleichzeitig Tuberkulose. P. erörtert die Frage des Zusammenhanges der Gelenkserkrankung mit Tuberkulose. Auch die Tatsache der bestehenden tuberkulösen Erkrankung kann nicht mit Sicherheit für die Annahme verwertet werden, daß Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus tuberkulöser Natur seien.

Neurath ist ebenfalls der Ansicht, daß nicht alle Fälle auf Tuberkulose zurückzuführen seien. Hochsinger schlägt für die beschriebene Erkrankung den Namen **Synovitis chronica multiplex** vor. Sie kommt abgesehen von den ersten drei Lebensjahren in allen Lebensperioden, wenn auch selten vor. Es bilden sich sulzige Schwellungen der Gelenke. Knochen und Muskeln leiden erst sekundär. H. hat bei einem 21 jährigen Fräulein durch wöchentlich erfolgende Fibrolysininjektion ($^1/_3$ der Originalphiole pro dosi) gute Erfolge erzielt.

Hamburger spricht über **Allergieabnahme** während der Masern und über gegenseitige Beeinflussung zweier Injektionskrankheiten. H. und Schey konnten nachweisen, daß während der Maserneruption nicht nur die Empfindlichkeit für Tuberkulin abnimmt, sondern auch die für Vakzine und Serum. Es werden aber nicht nur andere Infekte durch Masern beeinflußt (Varizellen) sondern auch die Masern selbst durch andere Erkrankungen. So beobachtete H. eine Verzögerung der Maserneruption durch Injektion von Vakzine und durch Serum.

Der Rest der Sitzung wurde durch die Diskussion zum Vortrage Pollaks ausgefüllt (s. früheren Bericht). Hamburger wünscht eine präzisere Fassung für den Begriff tuberkulöser Habitus. Monti bringt eine interessante Beobachtung einer frischen Pleuritis bei einem 10jährigen Knaben, der wegen **Meningitis cerebrospinalis** im Spitale lag und wiederholt mit Tuberkulin geprüft sich als tuberkulosefrei gezeigt hatte (Stichreaktion bei 10 mg negativ). Vier Wochen nach der Entlassung erkrankte Pat. an Pleuritis und reagierte nunmehr auf Tuberkulin positiv. Monti verwertet diese Beobachtung dahin, daß im Gegensatz zu Pollaks Schlußsätzen auch Erkrankungen älterer Kinder an Tuberkulose mit klinisch manifesten Symptomen einhergehen können.

Friedjung bemerkt, daß zu den Symptomen des tuberkulösen Habitus auch die zarte, pigmentarme, von durchscheinenden Venen durchzogene Haut gehört. Auffallend häufig habe er lange, dunkle Wimpern bei blondem Kopfhaar vereint mit tiefblauer, schwarz umränderter Iris bei solchen Kindern gesehen. Bei Prüfung dieses Kindes nach Pirquet hat F. keine völlige Übereinstimmung gefunden, denkt aber daran, daß genannte Symptome der positiven Kutanreaktion voraneilen können.

Hochsinger macht darauf aufmerksam, daß die Prognose der Säuglingstuberkulose sich dadurch wesentlich verschoben hat, daß wir auch leichte Erkrankungen mit unbestimmten Symptomen diagnostizieren können. Die Fälle mit groben klinischen Erscheinungen geben auch jetzt eine ungünstige Prognose, während die Fälle mit alleiniger positiver Pirquet-Reaktion wesentlich günstiger verlaufen.

Foedisch betont, daß es eine Säuglingstuberkulose gibt, die klinisch keinen Lungenbefund nachweisen lasse. Anatomisch findet man in solchen Fällen nur kleinste pulmonale Eintrittspforten, dagegen deutliches Ergriffensein der regionären Drüsen. F. bezeichnet diese Form der Säuglingstuberkulose als Bronchadenitis tuberculosa und stellt sie gegenüber der mit manifesten Lungenerscheinungen einhergehenden Lungentuberkulose der Säuglinge.

Pollak bemerkt im Schlußwort, daß er den Ausdruck tuberkulöser Habitus des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre nur als Bezeichnung für jene unbestimmten Symptome von Blässe, Abnahme des Turgors, Abmagerung usw. gewählt habe, welche bei tuberkulösen Säuglingen und Kindern des 2. Lebensjahres einige Zeit nach stattgehabter Injektion zu sehen sind. Diese Symptome sind gewiß nicht spezifisch, sie sind nur als Ausdruck der durch die Erkrankung gesetzten allgemeinen Ernährungsstörung aufzufassen. Man findet ähnliche Symptome auch nach chronischen Ernährungsstörungen (ex alimentatione), bei Rachitis usw. P. hält es für nötig, weitere Studien in den von ihm angeregten Fragen vorzunehmen, bevor die Schlußsätze allgemeine Gültigkeit beanspruchen dürfen.

Schick (Wien).

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 8. Juli 1910.

Benjamin und Witzinger: **Über die Beeinflussung gewisser „spezifischer Reaktionskrankheiten“ durch andere Antigene.** Unter „spezifischen Reaktionskrankheiten“ (Moro: Exper. u. klin. Überempfindlichkeit, Bergmanns Verlag 1910) werden Erkrankungen mit normierter Inkubationszeit verstanden, deren Wesen in einer Antigen-Antikörperreaktion besteht (außer der Serumkrankheit und der Vakzination, Masern, Typhus, Tuberkulose, Variola, Varizellen).

Als Paradigma wurde die Serumanaphylaxie des Meerschweinchens in der Versuchsanordnung nach Dörr und Russ gewählt. 0,01 Rinderserum am 1. und 0,2 Rinderserum frühestens am 9. Tage führt stets den sofortigen Tod des Tieres herbei. Dieser Tod läßt sich verhüten, wenn einen Tag vor der 1. Rinderseruminjektion 1 ccm Pferdeserum injiziert wird. Es treten dann entweder keine oder nur ganz geringe Erscheinungen ein. Schwerer werden die Symptome, je länger das Intervall zwischen beiden Rinderseruminjektionen ist, am 15. Tage ungefähr erlischt der Schutz. Die zwischen beiden Rinderseruminjektionen eingeschaltete Pferdeseruminjektion (1 ccm) mitigiert im allgemeinen die anaphylaktischen Erscheinungen, doch ist bei dieser Versuchsanordnung die Verhütung des Todes nicht sicher zu erreichen. Je näher die Pferdeseruminjektion der 2. Rinderseruminjektion liegt, desto minimaler ist die Wirkung; in den beiden letzten Tagen fehlt eine solche fast immer. Als Ursache dieser Erscheinung wird eine Verlangsamung der Präzipitin-(Reaktionskörper-)Bildung gegen das eingeführte Rinderserum durch die 100 mal größere Pferdeseruminjektion angenommen

(Präziptin-Kaninchenversuche mit 2 Antigenen unter quantitativ ähnlichen Bedingungen). Der nach Seruminjektionen von 1 ccm am 5. Tage einsetzende Komplementschwund dürfte keine ausschlaggebende Rolle spielen (Komplementzufuhr führt nicht zum Tode der Tiere).

Die Anregung zu obigen Versuchen gab das Krankheitsbild der Scarlatina mitigata (ref. diese Wochenschr. 1909, Nr. 44, 46). Es gelingt durch prophylaktische Pferdeseruminjektionen den Verlauf des Scharlachs zu mildern. Bericht über 13 Familien, in denen sämtliche Kinder an Scharlach erkrankten. Ein Teil der Kinder war prophylaktisch mit Pferdeserum behandelt. Der Scharlach verlief bei diesen Fällen durchweg bedeutend leichter, wie bei den nicht vorbehandelten Kindern. (Ein reichliches Beobachtungsmaterial lehrte den im allgemeinen gleichartigen Verlauf des primären Scharlachs bei Geschwistern.)

Trotz der äußeren Ähnlichkeit ist es zweifelhaft, ob die mitigierte Anaphylaxie und die mitigierte Skarlatina analoge Erscheinungen darstellen, da der primäre Scharlach im Sinne v. Pirquets und Moros keine Reaktionskrankheit im oben definierten Sinne ist. Wahrscheinlicher ist der Zusammenhang der Tierversuche mit einer Reihe klinischer Tatsachen.

Nämlich 1. der Verminderung der Tb.-Kutanreaktion (Preisich, v. Pirquet) und der Vakzineempfindlichkeit (Hamburger) bei Masern; 2. der Verlängerung der Maserninkubation nach Seruminjektionen (Hamburger). Dieser Autor hat vor einigen Wochen diese und eine Reihe ähnlicher Beobachtungen zusammengestellt.

Es handelt sich hier wahrscheinlich um ein allgemeines Gesetz dahingehend, daß die Reaktion auf ein in den Organismus eingeführtes Antigen durch ein anderes „konkurrierendes" Antigen beeinflußt wird. Quantitative und zeitliche Verhältnisse spielen bei dieser Beeinflussung eine ausschlaggebende Rolle.

Benjamin weist in der Diskussion darauf hin, daß es bei Meerschweinchen gelingen muß, durch Röntgenstrahlen, die beim Kaninchen die Präzipitinbildung so gut wie verhindern, den anaphylaktischen Schock zu verhüten, ferner daß die Leukämie durch interkurrente Erkrankungen (Pneumonie, Streptokokkeninfektionen), ähnlich wie durch Röntgenstrahlen beeinflußt wird. Eine Ausnutzung der experimentell gewonnenen Resultate für die Therapie ist in Angriff genommen (Tuberkulose, Heufieber, Verhütung der Serumkrankheit).

Hecker: **Stellungnahme der Gesellschaft betr. Versuchsschule.**

Lotmar: **Demonstration** des Obduktionsbefundes von dem am 10. Juni vorgestellten Hirntumor.

Diskussion: Ibrahim.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Nach der Deutsch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 25. Mai 1910.

Finkelstein und L. F. Meyer: **Behandlung magendarmkranker Säuglinge mit „Eiweißmilch".** a) Nach Finkelstein beruhen Störungen der Verdauung bei Säuglingen auf einem Mißverhältnis zwischen der eingeführten Nahrung und der Leistungsfähigkeit des Darmes; sie führen zu Gärungen, welche ihrerseits Schädigungen des Darmepithels zur Folge haben; die nächste Folge sind dann Störungen der Ernährung. Der Angriffspunkt unserer therapeutischen Bestrebungen muß die Beseitigung der Gärung sein, mit deren Aufhören auch alle weiteren Folgerungen ausfallen. Das Aussetzen der Nahrung für einige Tage und die mit zunehmender Besserung wieder ansteigende Darreichung von Milch führt manchmal wohl zum Ziel; in zahlreichen Fällen aber treten mit dem gleichen Augenblick, wo man die Kinder wieder zu ernähren versucht, von neuem Durchfälle auf. Für diese Fälle hat man vorgeschlagen, die Unterernährung längere Zeit fortzusetzen oder Ersatzpräparate zu reichen. Beides ist gleich fehlerhaft und aussichtslos; Unterernährung führt nicht zur Besserung, steigert vielmehr, länger fort-

gesetzt, mit jedem Tage die Gefahr, Ersatzpräparate aber werden erst recht nicht vertragen, weil sie noch mehr gärungsfähige Stoffe enthalten als Milch. Muttermilch aber haben wir lange nicht in allen Fällen zur Verfügung. Die Ursache, warum bei vielen Kindern nach Eintritt von Durchfall sich das Darmepithel nicht erholt, wenn wir sie einige Tage hungern lassen, liegt in den Kindern selbst. Bei ihnen haben wir die Aufgabe, ihnen eine Nahrung zuzuführen, die sie ernährt, ohne zu gären. Durch die Arbeiten der letzten Jahre ist festgestellt, daß nicht jeder Komponent der Milch in gleicher Weise Gärung macht, schuld an der Gärung ist vielmehr das Mischungsverhältnis, in welchem die einzelnen Komponenten in der Milch vertreten sind. Die früher vielfach angenommene Schädigung durch das Kasein besteht de facto nicht, im Gegenteil, es übt sogar eine günstige Wirkung gegen die Gärung aus. Etwas differenter ist das Fett; doch macht auch dieses nur Durchfälle, wenn der Darm durch andere Stoffe geschädigt ist. Kohlehydratfreie Flüssigkeit mit Fett macht niemals Fettdiarrhöen, die dagegen sofort auftreten, wenn man Milchzucker dazu gibt. Dieses macht in erster Linie Gärung. Die Überlegenheit der Frauenmilch beruht auf der zweckmäßigeren Beschaffenheit der Molke, die hier dünner ist. So genügt es mitunter zur Regelung der Verdauung schon, wenn man die Molke verdünnt. Die Erfahrung lehrt, daß ein Kind um so eher versagt, je konzentrierter die Molke ist. Erst tritt eben Milchzuckergärung ein, dann wird in weiterer Folge die Verdauung durch Fett geschädigt. Verdünnung der Molke, Ausschaltung der Kohlehydrate, Anreicherung der Nahrung mit Kasein, während das Fett unverändert bleibt, das sind die Grundsätze der Therapie, nach denen bei Eintritt von Durchfällen die Nahrung zusammengesetzt sein muß.

b) L. F. Meyer gibt die Darstellungsweise der von ihm dem Vorredner gemeinsam hergestellten und ausgeprobten Eiweißmilch an: 1 l Milch wird der Labung unterworfen; das dabei entstehende Käsegerinnsel, welches aus Kasein und Fett besteht, wird abgesetzt und in $^1/_2$ l Wasser suspendiert; dazu wird $^1/_2$ l Buttermilch gesetzt. Die Darstellung ist zwar im Privathause möglich, setzt aber doch große Sorgfalt voraus und ist zu umständlich; die Eiweißmilch wird daher industriell hergestellt. Indiziert ist die Eiweißmilch bei allen Durchfällen der Säuglinge, gleichviel ob es sich um eine leichte Dyspepsie handelt oder ob diese schon zu Dekomposition (Atrophie) oder Enterointoxikationen geführt hat. Bei letzteren empfiehlt es sich, nur kleinere Mengen, etwa 50 g pro die, zu geben. Das Gute an dieser Ernährung ist, daß man sofort dabei steigern kann. Eine Gewichtszunahme wird damit freilich nicht erreicht, dazu ist es nötig, Kohlehydrate zuzusetzen; als solche eignet sich der Milchzucker natürlich nicht, wohl aber eins der Malzpräparate. Im ganzen haben Finkelstein und Meyer in zwei Jahren 150 Fälle mit Eiweißmilch behandelt. Der Verlauf ist in der Regel so, daß nach Darreichung derselben der Durchfall aufhört und der Stuhl normale Beschaffenheit annimmt. Das Gewicht steht einige Tage still, geht aber dann bei Zusatz von Malzzucker regelmäßig in die Höhe. Eine Heilung ist erst dann erreicht, wenn nach Absetzen der Eiweißmilch das Kind bei gewöhnlicher Milchnahrung wieder gedeiht; das dauert in der Regel 6—10 Wochen; weniger Zeit ist zwecklos, mehr unzweckmäßig, denn die Eiweißmilch soll keine Dauernahrung, sondern eine Heilnahrung sein. Für Neugeborene und Säuglinge unter 4 Wochen eignet sich die Eiweißmilch nicht, für alle älteren dagegen hat sie sich vorzüglich bewährt. Meyer resümiert sich dahin, daß Eiweißmilch überall da bei Säuglingen mit Durchfällen, wo Frauenmilch nicht zu haben ist, ein geeignetes Mittel zur Beseitigung der Diarrhöen ist.

III. Neue Bücher.

H. Wolff-Eisner. **Handbuch der Serumtherapie.** München 1910. J. F. Lehmann. Preis: Mk. 12.

Ein Werk über Serumtherapie und experimentelle Therapie, das von ersten Autoritäten bearbeitet, speziell die Bedürfnisse des Praktikers berücksichtigt, war

bisher noch nicht vorhanden. Verf. hat diese Lücke in der Literatur jetzt ausgefüllt, und zwar so ausgefüllt, daß wir nunmehr ein vorteffliches Hand- und Nachschlagebuch besitzen, in dem der Praktiker alles findet, was er zum Verständnisse für diesen wichtigen Zweig der modernen Therapie braucht und was für seine praktische Tätigkeit auf diesem Gebiete zu wissen nötig ist. Die einzelnen Kapitel sind mustergültig bearbeitet. Wir erwähnen „Die Serumtherapie der Diphtherie" von Eckert, „Das Meningokokkenserum" von Flexner, „Die Organotherapie" von F. Kraus und Rah. Hirsch, „Die spezifische Behandlung der Tuberkulose" von Wolff-Eisner — um nur einige wenige Abschnitte aus dem vielseitigen und inhaltreichen Werke herauszugreifen. Der Praktiker kann dem Herausgeber für dieses Handbuch dankbar sein, und er wird dasselbe mit großem Vorteil benutzen. Grätzer.

Pfaundler und Schlossmann. **Handbuch der Kinderheilkunde.** II. Auflage. Leipzig, C. W. Vogel.

Nun sind auch Bd. III nnd IV dieses ausgezeichneten Handbuches erschienen, das eigentlich jeder praktische Arzt besitzen müßte. Die meisten jungen Ärzte treten doch nicht genügend ausgerüstet in der Pädiatrie in die Praxis ein, und dies schwierige Gebiet macht ihnen dann in der Regel viel zu schaffen, Mißerfolge sind an der Tagesordnung. Das vorliegende Handbuch, das vortrefflich in Wort und Bild die Kenntnisse der Pädiatrie übermittelt, dürfte daher hier segensreich wirken. Auch der Pädiater selbst aber wird das Handbuch als Führer und Berater schätzen lernen, sobald er erst einmal ein bestimmtes Gebiet durchstudiert hat; jedes einzelne Gebiet ist hier so eingehend, so klar und so speziell für die praktische Tätigkeit besprochen, daß auch der Erfahrene noch genug lernt und Anregungen erhält. Die Illustrationen sind prächtig, die ganze Ausstattung eine durchaus vornehme. Grätzer.

O. Vulpius. **Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.** Leipzig, G. Thieme. Preis: Mk. 11.

Das Interesse an dieser Krankheit ist in letzter Zeit sehr gewachsen, und V. hat sich den Dank aller Ärzte verdient, daß er die Behandlungsweisen so eingehend hier bespricht. Seine reichen Erfahrungen auf diesem Gebiet befähigten ihn besonders dazu, und er hat seine Aufgabe auch in glänzender Weise gelöst. Jeder Arzt muß hier orientiert sein darüber, wie den unglücklichen Kranken zu helfen ist, wie die moderne Orthopädie erfolgreich ihr ganzes Können einsetzt, und durch welche Methoden die vortrefflichen Erfolge erzielt werden. V.s Buch mit seiner klaren, präzisen Darstellungsweise, mit seinen 243 schönen Abbildungen orientiert vortrefflich über alles Wissenswerte und dürfte sehr bald unter den Ärzten beliebt sein. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Der **Heilpflegeverein für kränkliche und schwächliche Kinder des Mittelstandes** hat in seinen ersten drei Kurzeiten 65 Kinder an die Ostsee entsandt. Besonders günstig wirkten die Solbäder bei den zumeist skrofulösen Kindern; es wurden etwa 230 solcher Bäder verabfolgt. Auch die orthopädische Abteilung wurde mehrfach und mit gutem Erfolge in Anspruch genommen. Die Kinder befinden sich in dem Kolberger Heim sowohl in ärztlicher Obhut wie auch in der Pflege der leitenden Johanniterschwester. Der Verein gewährt seinen Pfleglingen Aufnahmen zu ermäßigten Bedingungen.

— **Ein Hospital für verbrecherische Kinder** soll im Anschluß an eine der großen klinischen Anstalten errichtet werden.

Altona. Das städtische Kinderkrankenhaus hat ein Kapital zur Errichtung eines **Säuglingsheims** und zur Fortführung und Vergrößerung des Kindererholungsheims in Döse erhalten.

Straßburg. Die neue Universitäts-Kinderklinik ist eröffnet.

München. Priv.-Doz. Prof. Dr. W. Herzog (Chirurgie des Kindesalters) ist zum etatsmäßigen a. o. Prof. ernannt.

Prag. Zur Warnung sei ein trauriger Vorfall mitgeteilt, der sich am 6. August in Prag abspielte. Im Ambulatorium der tschechischen Kinderklinik sollte einem Kinde eine Wucherung an der Hand galvanokaustisch entfernt werden. Der Arzt desinfizierte das Operationsfeld mit Jodbenzin und begann offenbar zu früh mit der Kaustik, denn die glühende Drahtschlinge setzte das Benzin in Brand, die Kleider fingen Feuer und das Kind starb an den Brandwunden.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Graz. Die erste österreichische Waldschule ist eröffnet.

Budapest. Dr. A. Juba hat sich für Schulhygiene habilitiert.

Dresden. Am 26. August ist der Altmeister der Kinderheilkunde Prof. Henoch gestorben. Nur wenige Wochen nach seinem 90. Geburtstage, der ihm eine Fülle von Auszeichnungen und die mannigfachsten Beweise der Liebe und Verehrung gebracht hatte, ist die ungewöhnliche Lebenskraft des hervorragenden Mannes erloschen. Noch einmal war es ihm beschieden zu erfahren, wie dankbar seine Mitmenschen die Leistungen des Arztes und Forschers würdigten, seiner Persönlichkeit den Tribut der Hochachtung darbrachten. Ein köstlicher Tod nach einem reichen Leben! (Deutsche med. Wochenschrift.)

In der „Wiener klin. Wochenschrift" widmet Escherich dem verstorbenen Henoch folgenden Nachruf: „Am 25. August d. J., in seinem 90. Lebensjahre, ist Eduard Henoch, der Nestor der deutschen Pädiater, gestorben. Er war 1820 in Berlin geboren und hat dort seine medizinischen Studien absolviert. 1843 trat er bei seinem Onkel Romberg als Assistent an der Universitätspoliklinik ein, Die Polikliniken waren damals an deutschen Universitäten die einzigen Stätten. an welchen neben den Erwachsenen auch kranke Kinder behandelt wurden. Henoch widmete sich mit besonderem Eifer dem Studium der Kinderkrankheiten und gab die wertvollen „Beiträge zur Kinderheilkunde" heraus. 1850 wurde er Privatdozent, 1858 außerordentlicher Professor für innere Medizin. Im Jahre 1872 übernahm er die Kinderklinik und Poliklinik an der Charité und trat damit führend an die Spitze der deutschen Pädiatrie, die damals noch um ihre Existenzberechtigung kämpfen mußte. Sein im Jahre 1881 erschienenes Lehrbuch war das beste, das seit langem geschrieben wurde und gehört auch heute noch in seiner elften Auflage zu den beliebtesten Werken. Die große Anerkennung und Sympathie, die Henoch unter seinen nahen und fernen Fachkollegen genoß, dokumentierte sich in dem Erscheinen einer umfangreichen Festschrift zu seinem 70. Geburtstage, an der sich die Pädiater aller Länder beteiligten. Sein vorzeitiger Rücktritt vom Lehramte im Jahre 1893 war zum Teil dadurch veranlaßt, daß ihm trotz seiner großen wissenschaftlichen Verdienste von seiten der Fakultät aus prinzipiellen Gründen das Ordinariat verweigert wurde. Er lebte dann in stiller Zurückgezogenheit durch $5^1/_2$ Jahre in Meran, dann in Dresden, wo er vor kurzem, körperlich leidend, aber in voller geistiger Frische, seinen 90. Geburtstag feierte. Henoch war Kliniker im strengsten Sinne des Wortes. Er war ein Feind aller Theorie und Hypothese und legte wenig Wert auf Laboratoriumsarbeit. Seine Arbeitsmethode war die unermüdliche klinische Beobachtung des Kranken und des Krankheitsverlaufs, die seinem scharfen Auge den inneren Zusammenhang der Vorgänge enthüllte und ihn zur Entdeckung neuer Symptomenkomplexe, wie der nach ihm benannten Purpura intestinalis führte. Sein Lehrbuch ist der unverfälschte Ausdruck seiner persönlichen Beobachtungen, in meisterhafter, packender Darstellung, ein Kodex der Kinderkrankheiten, eine unerschöpfliche Fundgrube der Kasuistik. Er war ein glänzender Lehrer, zu dessen Vorlesungen die Schüler aus ganz Deutschland zusammenströmten, ein vortrefflicher, liebevoller Arzt am Krankenbett, als Mensch von herzgewinnender Liebenswürdigkeit und Bescheidenheit; dabei ein scharf ausgeprägter Charakter, der sich vor Hindernissen nicht beugte. So stand er in dem Kampfe um die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbständiges Lehrfach an erster Stelle und hatte die Genugtuung, den Sieg der Idee, für die er gekämpft, zu erleben."

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. H. Bauer (Emmendingen), Dr. W. Bauer (Jena), Primarius Dr. Ernst Deutsch (Budapest), Prof. Dr. O. Eversbusch (München), Prof. Dr. G. Finder (Charlottenburg), Dr. Th. Freyhan (Berlin), Priv.-Doz. Dr. R. Hecker (München), Prof. Dr. Gg. Joachimsthal (Berlin), San.-Rat Dr. Max Joseph (Berlin), Dr. M. Kaufmann (Mannheim), Priv.-Doz. Dr. Adolph H. Meyer (Kopenhagen), Dr. M. Michalowicz (Warschau), Dr. Herm. Netter (Pforzheim), Dr. G. Ootmar (Haarlem), Dr. S. Rubinstein (Riga), Dr. B. Schick (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. B. Sheffield (New York), Dr. G. Sommers (Zittau), Dr. A. Sonntag (Berlin), Prof. Dr. H. Starck (Karlsruhe), Dr. A. Stern (Charlottenburg), Dr. E. Toff (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Osk. Vulpius (Heidelberg), Dr. Max S. Gust. Wegscheider (Berlin)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. November 1910. Nr. 11.

Inhalt.

I. Referate.

Seite

Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses Seite VII.

Zentralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. November 1910. Nr. 11.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

A. v. Koós, Über den sogenannten Mongolenfleck auf Grund von 30 Fällen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Nach einem geschichtlichen Überblick über die veröffentlichten Fälle gibt K. eine kurze Beschreibung seiner eigenen 30 Fälle. Charakteristisch war die Lagerung, Farbe und die verschwommenen Ränder dieser Mongolenflecke. Die Kinder mit Mongolenfleck sind fast durchwegs von brauner Hautfarbe; auch war die Iris bei allen braun. Mongolismus oder mongoloide Idiotie fand sich nirgends. Nach K. treten die Pigmentflecke nur bei solchen Personen auf, deren Pigmentiertheit höhergradig ist. K. fand unter 150000 Kindern 30, also unter 500 Kindern 1 mit diesem Fleck. Diese Flecke sind nicht rassenbestimmend, d. h. kein Charakteristikum für die Mongolenrasse. Wohl aber besteht ein Zusammenhang zwischen ihnen und dem Pigmentreichtum der Haut. Hecker.

H. Weißenberg, Über wiederholte Erkrankung an Scharlach. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Aus dem Verlauf von 7 Fällen geht hervor, daß es Individuen gibt, bei denen das einmalige Überstehen des Scharlach die Disposition für diese Krankheit direkt erhöht. Deshalb fordert W. für das ärztliche Handeln, daß bei Scharlacherkrankungen in der Familie oder sonstiger Infektionsgelegenheit auch solche Kinder, die bereits sicheren Scharlach durchgemacht haben, genau so streng zu isolieren sind bzw. gegen Ansteckung zu schützen sind, wie die bisher vom Scharlach verschont gebliebenen. Hecker.

G. E. Wladimiroff, Symptomenkomplex bei der Scharlachvakzination (Vaccin-Skarlatina). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Mit der vom Moskauer bakteriologischen Institute nach Gabritschewskys Angaben hergestellten Scharlachvakzine wurden bisher meist von Landärzten ca. 50000 Scharlachvakzinationen und zwar in der vom Institut angegebenen Dosierung (Kindern 0,3—0,5 ccm, Erwachsenen höchstens 1,0 ccm) ausgeführt. Der Vakzinscharlach ist dem natürlichen sehr ähnlich und deshalb differentialdiagnostisch schwierig. W. gibt dann folgende für die Differentialdiagnose bedeutungsvollen Anhaltspunkte: Der Vakzinscharlach verläuft viel rascher als der natürliche (3—4 Tage). Sein Exanthem kommt am ganzen Körper schon in einigen Stunden heraus, und bereits am zweiten Tag besteht Himbeerzunge. Abschuppung findet nicht statt. Hecker.

J. Winocouroff, Zur Kasuistik der multiplen bösartigen Geschwülste im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Verf. beschäftigte die Frage, ob das Chlorom eine von den bildenden Organen ausgehende maligne Neubildung sei. Der klinische Symptomenkomplex war bei seinem Fall bis auf die grünliche Färbung, der man aber heutzutage keinerlei entscheidende Bedeutung mehr beimißt, voll entwickelt: frühes Kindesalter, Exophthalmus, Affektion der platten Knochen und schneller Verlauf. Histologisch zeigte diese Geschwulst (wie auch die bisher beschriebenen) ein scharfes Prävalieren der Zellelemente über das interstitielle Bindegewebe. Dies allein ist der Unterschied von anderen Sarkomformen. Dies veranlaßt W., den Namen Chlorom fallen zu lassen, da weder die Grünfärbung noch die Veränderung des peripherischen Blutes etwas Spezifisches für eine von blutbildenden Organen ausgehende bösartige Geschwulst darstellen. Hecker.

Joh. Barannikow, Aus meinen Beobachtungen über scharlachähnliche Röteln. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Auf Grund der großen Zahl leichter Fälle bei der Scharlachepidemie in Charkow bringt Verf. seine Beobachtungen über scharlachähnliche Röteln, die zuerst von Filatow gewürdigt worden sind. Verf. hebt die bedeutende Ähnlichkeit der Eruption mit der skarlatinösen, ferner die typische Ausbreitung der Eruption von oben nach unten und die relativ nicht besonders hohe Temperatur sowie die unbedeutende Steigerung der Pulsfrequenz hervor. Bemerkenswert sind außerdem die geringe Dauer und Leichtigkeit des Verlaufs, früh auftretende Desquamation, das Fehlen irgend eines bemerkbaren Einflusses auf die Nieren, die Eruption tritt bei Personen auf, die Scharlach bereits überstanden haben. Bei Kindern, die scharlachähnliche Röteln überstanden haben, gibt es keine Immunität gegen Scharlach. Hecker.

J. A. Schabad, Zur Bedeutung des Kalkes in der Pathologie der Rachitis. I. Der Mineralgehalt rachitischer und gesunder Knochen. (Arch f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Verf. untersuchte an 7 Rachitikern und 4 nicht rachitischen Kindern den Mineralgehalt der Knochen, und faßt seine Untersuchungsergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: „1. Wie unter normalen Verhältnissen so auch bei Rachitis enthalten die Schädelknochen weniger Wasser und mehr feste Bestandteile und unter den letzteren mehr Asche und weniger organische Substanz, als Rippen und lange Röhrenknochen. 2. Trockene Knochensubstanz bei Neugeborenen enthält 60—65 % Asche und 40—45 % organische Bestandteile. Von der Geburt an verändert sich das Verhältnis von Asche und organischer Substanz in der Weise, daß zuerst der Aschengehalt abnimmt und im zweiten Lebensjahre auf 59—55 % heruntergeht, während die organische Substanz entsprechend zunimmt, darauf, und möglicherweise schon Ende des ersten Lebensjahres, sicher aber im zweiten, steigt der Aschengehalt fortschreitend und erreicht beim Erwachsenen 68 %. 3. In rachitischen Knochen ist der Wassergehalt vergrößert und der Gehalt an Trockensubstanz verringert. In der trockenen Knochensubstanz ist der Aschengehalt herabgesetzt und der Gehalt an orga-

nischen Bestandteilen erhöht. Im Beginn der Rachitis kann diese Veränderung unbedeutend sein, in ausgesprochenen Fällen aber erreicht der Wassergehalt bis zu 66 % und das Verhältnis von Asche zu organischer Substanz im getrockneten Knochen erreicht 20:80 gegen 60:40 im normalen Knochen. 4. Das Verhältnis von Kalk zu Phosphor verändert sich bei hochgradiger Rachitis derartig, daß der Kalkgehalt sinkt und der Phosphorgehalt steigt, wodurch das Verhältnis von Kalk zu Phosphor vom normalen Werte 100:78—75 in 100:70—75 umgebildet wird, so daß die Abnahme des Aschengehaltes mehr auf Kosten des Kalkes, als auf Kosten des Phosphors vor sich geht."

II. Der physiologische Kalkbedarf und Rachitis infolge von unbefriedigtem Kalkbedarf. Das Gewicht des Skeletts in den ersten Lebensjahren kann mit 16 % des Körpergewichtes taxiert werden, der Kalkgehalt desselben mit $1\frac{1}{4}$ % des Körpergewichtes und mit 7,7 % des Skelettgewichtes. Daher läßt sich aus der Zunahme des Körpergewichtes die Kalkablagerung im Organismus nach den Lebensaltersstufen berechnen. Der frische Grad der physiologischen Kalkablagerung entspricht der Periode des stärksten Wachstums und fällt folglich bei natürlicher Ernährung auf den zweiten bis vierten Lebensmonat, bei künstlicher Ernährung auf den zweiten bis sechsten Lebensmonat. Die Kalkretention aus Muttermilch kann mit 70 % aus Kuhmilch mit 30 % angesetzt werden. Der Kalkgehalt der Muttermilch schwankt bei gutem Gesundheitszustand des Säuglings zwischen 0,047 und 0,036 %. Daher kann nur der maximale oder ihm nahe kommende Kalkgehalt den physiologischen Kalkbedarf in der Periode intensiven Wachstums, vom zweiten bis vierten Lebensmonat decken. Daher stellt sich häufig schon ein physiologisches Defizit an Kalk im Organismus ein. Dieses Defizit entspricht vollkommen der Abnahme des Kalk- und Aschengehaltes der Knochen im zweiten Halbjahre, der physiologischen Schädelknochenverdünnung im zweiten Trimester nach Friedleben (Pseudorachitis Stöltzner) und der physiologischen Osteoporose der langen Röhrenknochen vom sechsten Lebensmonat an (Schwalbe).

Obgleich der Kalkgehalt der Kuhmilch 4 mal größer ist als der der Muttermilch, kann bei künstlicher Ernährung des Säuglings der physiologische Kalkbedarf in der Periode intensiven Wachstums nur durch Vollmilch oder $\frac{2}{3}$ Milch gedeckt werden, weil die Assimilierbarkeit der Kuhmilch $2\frac{1}{2}$ mal schlechter ist. Da aber im ersten Halbjahre gewöhnlich $\frac{1}{2}$ oder stärker verdünnte Milch verwandt wird, so entsteht bei künstlicher Säuglingsernährung noch leichter als bei natürlicher Ernährung ein Mißverhältnis zwischen der Kalkzufuhr und dem physiologischen Kalkbedarf.

Bei Rachitis natürlich ernährter Säuglinge ist der Kalkgehalt der verfütterten Mutter- und Ammenmilch entweder normal oder unternormal, wobei der unternormale Kalkgehalt eine dauernde Erscheinung sein kann (3 Monate). Daher ist ein Zusammenhang der Rachitis mit ungenügender Kalkzufuhr in diesen Fällen nicht ausgeschlossen.

Die experimentelle Rachitis, welche bei Tieren durch kalkarme Fütterung hervorgerufen wird, läßt sich klinisch, grob-anatomisch und chemisch nicht von spontaner Rachitis unterscheiden. Histologisch

charakterisiert sie sich als pseudorachitische Osteoporose. Es ist wahrscheinlich, daß auch beim Menschen neben der echten Rachitis eine auf mangelhafte Kalkzufuhr beruhende Pseudorachitis vorkommt, welche klinisch von der Rachitis nicht zu unterscheiden ist, aber diejenigen Eigentümlichkeiten aufweist, welche für die experimentelle Rachitis charakteristisch sind. Hecker.

J. E. Zimmermann, Zur Diagnose und Prognose der Appendizitis im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Auf Grund eines Materials von 64 Kindern, die in den Jahren 1905—1908 inkl. in Bremen teils konservativ (4) teils operativ (60) behandelt wurden, kommt Z. zu dem Ergebnis, daß beim Kind die Erkrankungserscheinungen der Appendizitis ebenso ausgeprägt wie beim Erwachsenen sind. Alle die Momente, die für die Erkrankung bei Erwachsenen von ursächlicher oder verschlechternder Bedeutung sind, wirken im Kindesalter fast im gleichen Sinne, und drängen jedenfalls nicht so viel mehr nach der infausten Seite hin, daß das Überwiegen der Kindersterblichkeit erklärt werde. Die Kinder werden eben nur viel zu spät in sachgemäße Behandlung überwiesen. Hecker.

L. Wolfer, Vakzineautoinokulation. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Verf. demonstriert u. a. den Fall eines Mädchens, das selbst zugab, sich am Genitale wegen Juckreizes gekratzt zu haben. Es bestand eine Vakzinepustel am linken Zeigefinger und am Genitale. Hecker.

J. Rotschild, Zur Ätiologie des Stridor inspiratorius congenitus. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Im Gegensatz zu der bisher wohl von allen Autoren vertretenen Meinung, daß eine Verbildung des Kehlkopfes das veranlassende Moment für das Zustandekommen des Stridor inspiratorius congenitus sei, wobei die Frage, ob die Verbildung sekundär infolge einer Störung der Koordination der Atembewegung entsteht, offen gelassen ist, zeigt R. an seinem Falle, der das typische Bild des inspiratorischen Stridors bietet, daß die Ursache in einer vereiterten Retentionszyste am Kehlkopf zu sehen war. Hecker.

A. Baginsky, Die Pathologie der Parasyphilis im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) B. spricht sich dahin aus, daß infolge der immer besseren Untersuchungsmethoden der Begriff „Parasyphilis“ fallen muß, da man jetzt diagnostisch klar bestimmen kann „Syphilis oder keine Syphilis“. Auch die bisher als Heredosyphilis zusammengefaßten Krankheitsformen müssen auf diesen Gesichtspunkt hin genauer geprüft werden. Hecker.

C. Manshardt, Kochsalzausscheidung bei Nierenentzündung und die nephrogenen Ödeme. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 1—3.) Da die Ansichten über dieses Thema noch sehr geteilt sind, will Verf. feststellen, was bei Nephritiden das Primäre ist, die Kochsalzretention oder die Wasserretention, eine für die Therapie wichtige Frage. Er führte seine Versuche in der Weise aus, daß längere Zeit bei einer ungefähr gleichen Kost, meist Milchdiät, eine

quantitative Bestimmung von NaCl im Urin vorgenommen wurde. An einem Tage wurde eine Kochsalzzulage von 10 g in 100—400 ccm Wasser gereicht. Einige Tage vor und nach der Zulage wurde eine genau abgemessene, völlig gleiche Kost gegeben. Die 7 Versuche sprechen dafür, daß die Kochsalzretention das Primäre ist und daß durch sie Ödeme entstehen können. Zuweilen ist natürlich die Niere auch so weit geschädigt, daß sie auch für Wasser ziemlich undurchgänglich wird.

Hecker.

B. Schick, Scheinbares Aufflammen abgelaufener Tuberkulinreaktionen während der Eruption von Masern. Frühzeitige Eruption von Maserneffloreszenzen an entzündlich gereizten Hautpartien. (Kinderklinik Wien.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 137.) John und Heim haben vor 2 Jahren berichtet, daß bei einem 4 Jahre alten Mädchen, welches wiederholt mit Tuberkulin injiziert worden war, abgeblaßte Reaktionsstellen sich frisch röteten und Infiltrat zeigten, als Patientin Scharlach akquirierte. Verf. sah etwas Analoges bei einem 4 Jahre alten Knaben, der wegen Pleuritis mit Tuberkulin geimpft und behandelt wurde, als dieses Kind an Masern erkrankte. Gleichzeitig mit den ersten Effloreszenzen im Gesicht röteten sich die Tuberkulinstellen frisch und zeigten deutliche Infiltration. Binnen wenigen Stunden zeigte es sich dann, daß diese Veränderung nur als Maserneruption aufzufassen war, die deswegen frühzeitiger hier auftrat, weil durch die Tuberkulininjektionen entzündliche Reize gesetzt worden waren. Diese Reize müssen, um einen solchen Erfolg zu erzielen, schon frühzeitig, knapp vor der Infektion oder in den ersten Tagen der Inkubation gesetzt werden.

Autoreferat.

W. Birk, Über Ernährungsversuche mit Eiweißmilch. (Aus dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 140.) Die Resultate, an Beobachtungen bei 29 Kindern erschlossen, sind im ganzen gut, einzelne Mißerfolge sind auf zu geringe Dosierung zurückzuführen. Einmal trat Verschlechterung der Symptome auf, dreimal bald nach der Verabreichung Exitus. Es wurde so vorgegangen, daß bei Kindern im ersten Stadium der Ernährungsstörung ein Tag Teediät verordnet wurde, eventuell wurde Abführmittel oder Magenspülung angewendet. Nach Erscheinen des Hungerstuhles kleinste Dosen von Eiweißmilch von Mahlzeit zu Mahlzeit steigend. Bei chronischen Durchfällen wurde gleich Eiweißmilch verabfolgt.

Bei Eiweißmilchernährung treten alsbald typische alkalische Seifenstühle auf, die Fäulnisgeruch aufweisen. Die Zahl der Stühle anfänglich noch groß, wird durch Soxhleth-Nährzucker kleiner. Die Stühle werden geformt. Bei längerer Zufuhr von Eiweißmilch kommt es zu Stillstand des Körpergewichtes nach anfänglicher Zunahme. Dann muß man entweder die Nahrungsmenge steigern oder besser Kohlehydratzusätze (3 % Nährzuckerlösung oder Mehl) machen, endlich kann man die Eiweißmilch durch andere Milch ersetzen.

Die Eiweißmilch ist zweifellos eine Nahrung, die in vielen Fällen ausgezeichnete Dienste leistet. Sie ist indiziert bei allen akuten

Toxikosen als auch bei chronischer Ernährungsstörung, insofern bei diesen eine Intoleranz gegen Kuhmilchfett besteht, Fälle in denen bisher Buttermilch indiziert war. Schick (Wien).

R. Weigert, Welchen Wert hat Milchzucker für die Ernährung der Säuglinge? (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 153.) W. hat im Jahre 1909 zeigen können, daß Zusatz von Milchzucker zu Milchverdünnungen überflüssig sei und keinen Einfluß auf den Verlauf der Gewichtskurve hat. In neuen Versuchen konnte W. seine Beobachtungen bestätigen. Er beobachtete überdies das Auftreten von Dyspepsien und schwereren Verdauungsstörungen durch fortgesetzte Milchzuckerdarreichung. W. hält auch die abführende Wirkung des Milchzuckers für geringer, als man annimmt. In eingehender Polemik gegen Schlossmann, der die Resultate W.s bezweifelt hatte, präzisiert W. seinen Standpunkt und betont, daß das Gesetz der Energiebilanz in seiner gegenwärtigen Fassung keine allgemeine Gültigkeit hat, es darf deshalb nicht dazu benutzt werden, die Richtigkeit einwandfreier Beobachtungen anzuzweifeln. W. verfügt über Beobachtungen, bei denen Kinder mit einer Nahrungszufuhr von 5—70—90 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht gut gediehen. Schick (Wien).

A. Orgler, Beobachtungen an Zwillingen. (Aus Prof. Neumanns Kinderheilanstalt, Berlin.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 3. S. 170.) Verf. geht von der Vorstellung aus, daß sich am ehesten an Zwillingspaaren studieren lasse, welche Faktoren für die Entwicklung des Kindes eine Rolle spielen. Bei seinen Beobachtungen an 24 Zwillingspaaren und einem Drillingsterzett fand er, daß sich die Kinder unabhängig von ihrem Körpergewicht, Infektionen, Ernährungsstörungen und konstitutionellen Erkrankungen gegenüber ganz verschieden verhalten können. Nicht immer z. B. erkrankt der stärkere Zwilling leichter. Trotzdem also diese Kinder unter denselben Bedingungen erzeugt, geboren und ernährt werden, treten bei ihnen vielfach ganz erhebliche Unterschiede hervor. Man muß daher annehmen, daß außer dem Alter und Gesundheitszustand der Eltern, dem Ernährungszustand der Mutter während der Schwangerschaft und der Art der Ernährung des Kindes noch andere Faktoren für das Zustandekommen der Konstitution maßgebend sind. Nach Verf.s Ansicht können diese Differenzen ihre Ursache in Verschiedenheit der ersten Keimanlage haben und zweitens in Einflüssen, die im intra- oder postuterinen Leben eintreten. Interessant ist die Beobachtung des Verf.s, daß die bei den Drillingen zu beobachtende Anämie ganz verschiedenes Verhalten zeigte. Ein Kind zeigte das typische Bild der Anaemia pseudoleucaemica, die beiden anderen nur einfache Anämie. Verf. führt diese Anämien auf angeborenen Eisenmangel zurück. Manche Zwillinge verhalten sich so lange gleich, als sie gesund sind. Erst im Momente der Erkrankung kommt der Unterschied der Konstitution zutage. Schick (Wien).

H. Vogt, Die Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter. (Breslauer Klinik.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 180.) Die Furunkulose rührt daher (Lewandowsky), daß Staphylo-

kokken in die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen gelangen, die zur Entzündung Veranlassung geben. Lewandowsky bemühte sich daher durch Anregung der Schweißsekretion die Staphylokokken zu vertreiben, dann kommen die Kinder in ein Sublimatbad 1 : 10000.

V. geht anders vor; er beschränkt die Schweißsekretion durch sorgfältiges Trockenhalten der Haut (Einpudern oder Legen der Kinder auf dicke Kleienschicht). Außerdem wird die Trinkmenge geregelt und das Kind nur leicht bedeckt. Haare werden rasiert, alle Abszesse eröffnet, der Eiter entfernt; dann wird die Wunde mit Zinkoxydpflaster bedeckt. Kein Verband. Erfolge gut. Schick (Wien).

G. Genersich, Der Einfluß der Wärme auf die Temperatur der Säuglinge. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. S. 183.) Die bei Neugeborenen zu beobachtende Labilität der Körperwärme ist auch im Säuglingsalter vorhanden. Bei der Erhaltung der Körperwärme kommt der physikalischen Thermoregulation eine wichtige Rolle zu. Die Außenwärme hebt die Temperatur der Säuglinge, die Steigerung steht im Verhältnis zu der angewendeten Wärme. Bei gegen Wärme empfindlichen Säuglingen sind 24° die untere Grenze, bei der noch Wirkung eintritt, wenn der Säugling im Wickelpolster liegt. In aufgedeckter Lage bilden 28—30° C. die Grenze der Wärme, welche die Temperatur des aufgedeckten Säuglings zu steigern vermag. Die Säuglinge nehmen während dieser Wärmeexperimente nicht zu, werden aber nicht krank. Erst bei 35° C. zeigen sich gefährlichere Symptome. Bei Anwendung von Kouveusen und Wärmezimmern oder sogar von Wärmeblechen muß man auf diesen Umstand achten. Kouveusen und Wärmezimmer müssen daher automatisch wirkende Regulatoren besitzen.

In Ungarn ist die Sommerhitze oft beträchtlich und bei anhaltend hoher Temperatur kommt es zu so hohen Graden, daß diese oberhalb derjenigen Temperaturen fallen, welche G. als wärmesteigernd bezeichnet und erwiesen hat. Daraus ergibt sich die Forderung, bei solchen Temperaturen die Kinder leicht zu kleiden, nicht in Wickelpolster zu binden. Kinderzimmer in Säuglingsspitälern sollen Luftkühlapparate besitzen. Schick (Wien).

W. Engelmann (Kreuznach), Über die Gelatinebehandlung bei Melaena neonatorum. (Aus der Univers.-Frauenklinik in Bonn.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.) Es gelang E., durch eine einzige Injektion die Blutungen zu sistieren. Er verwendete das einwandfreie Mercksche Präparat. Eine Glasampulle enthält 40 ccm Gelatine. Diese wird auf Körpertemperatur erwärmt, so daß die Gelatine in Lösung kommt. Die sterilisierte Spritze ist gut vorgewärmt, damit nicht zu schnell eine Erstarrung der Masse eintritt und nicht zu viel durch Anhaften an den Wänden verloren geht. Dann werden 10 ccm in eine hochgehaltene Hautbindegewebsfalte des Oberschenkels injiziert. Dieselbe Menge wird auch an der entsprechenden Stelle in den anderen Oberschenkel eingespritzt. Die Stichwunden werden mit einem Jodoformgazestreifen und Heftpflaster bedeckt und auf die geschwulstartigen Verdickungen des Unterhautbindegewebes zur schnelleren Resorption feuchtwarme Kompressen aufgelegt. Andere

ziehen die Infraklavikulargegend, mit ihrem lockeren, weitmaschigen Zellgewebe (Baisch) oder die beiden Rückenhälften als Applikationsstellen vor. Letzteres mag vielleicht von dem doch meist in Rückenlage befindlichen Kinde lästig in dem weiteren Krankheitsverlaufe empfunden werden und zu unnötiger Unruhe führen, daher nicht zu empfehlen sein. Jedenfalls werden die aseptisch ausgeführten Einspritzungen meist gut vertragen. Tetanusinfektion (Gradenwitz), kann bei der Anwendung des zuverlässig sterilisierten und zubereiteten Merckschen Präparats nicht eintreten. Ferner ist für reichliche Wärmezufuhr von außen zu sorgen, sehr im Gegensatze zu dem früher oft geübten Verfahren, Kälte innerlich und äußerlich anwenden. Es soll dann weiter versucht werden, das Kind regelmäßig an die Brust anzulegen, um den Magendarmkanal an Nahrung zu gewöhnen, was in E.s Falle prompt gelang. Wenn die Blutleerungen nicht sistieren, ist eine weitere Gabe derselben Dosis anzuwenden, bis zum Stehen der Blutungen. Auch E. hatte sich darauf gefaßt gemacht, konnte sich aber auf eine einzige Gabe beschränken. Grätzer.

O. Thorspecken, Ein Fall von Rheumatismus nodosus. (Aus der medizin. Klinik in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 29.)

Albert B., 12 jährig, aufgenommen am 2. September 1909. Anamnese: Er hatte Masern gehabt, sei sonst gesund gewesen. Vor 11 Wochen sei er erkrankt: starke Mattigkeit, Magenschmerzen, Kopfschmerzen, leichtes Fieber. Nach etwa 16 Tagen Schmerzen in den Fußgelenken, linkem Knie, später auch Hüftgelenk. Nur zeitweise unbedeutende Schwellung der Fußgelenke. Infolge von Appetitlosigkeit starke Abmagerung. Vor 3 Wochen seien am Hinterkopfe ganz kleine Knoten aufgetreten, die wieder verschwunden seien. Bald darauf seien wieder größere aufgetreten. Auch über dem Kreuzbein waren derartige Knoten aufgefallen, wurden aber von der Mutter für die infolge der Abmagerung stärker vorspringenden Knochenenden gehalten. Letztere seien auch druckschmerzhaft gewesen. Ungefähr zur gleichen Zeit hätten sich eigentümliche Zuckungen im Gesicht eingestellt. Außerdem sei im Verlauf der Krankheit mehrmals, etwa viermal, ein Ausschlag aufgetreten, der dem unten zu beschreibenden geglichen habe und stets nach einigen Tagen, in denen er sich über den Rücken und von dort auch auf die Beine und Arme übergreifend ausgedehnt habe, verschwunden sei. Seit 14 Tagen hatte er auch Herzklopfen. — Befund: Magerer, schwächlich gebauter Junge mit ziemlich dürftiger Muskulatur. Leichte Zyanose des Gesichts. Choreatische Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, in geringerem Grade auch an den Extremitäten. An den Gelenken keine pathologischen Veränderungen. Am Hinterkopf befinden sich in symmetrischer Anordnung vier etwa kirschkerngroße, sehr harte Knoten, über denen die Haut verschieblich ist. Auf der Unterlage sind die Knoten nicht verschieblich, auf Druck nicht schmerzhaft. Kleinere, etwa hanfkorngroße Knötchen sind auch am vorderen Teile des Kopfes zu fühlen. An den vorspringenden Teilen des Kreuzbeins befinden sich erbsengroße Knoten in gleichfalls symmetrischer Anordnung. Kleinere Knötchen sitzen über mehreren Metakarpophalangealgelenken, beiderseits oberhalb des Epicondylus lateralis humeri, in der Nähe der Kniegelenke, der inneren Malleolen (rechts 7), über den Strecksehnen der Zehen. Die Sehnenscheide des zweiten und dritten Fingerbeugers in der linken Hohlhand ist in größerer Ausdehnung knotig verdickt und ragt aus dem Niveau hervor. In geringerem Maße ist dies auch rechts der Fall. Das Herz ist nach beiden Seiten dilatiert, relative Dämpfung links zwei Finger außerhalb der Mamillarlinie, rechts fingerbreit über dem rechten Sternalrand, oben zweiter Interkostalraum. Spitzenstoß im fünften Interkostalraum nahe der vorderen Axillarlinie. Lautes blasendes systolisches Geräusch, am lautesten über der Herzspitze, leiseres diastolisches über dem linken Ventrikel. Zweiter Pulmonalton etwas verstärkt. Puls 112, mäßig gut. Leber fingerbreit unterhalb des Rippenrandes. Die Lungengrenzen stehen

hinten einen Wirbel tiefer. Die Reflexe an den unteren Extremitäten sind gesteigert. Patient hat sehr stark erregbare Affekte. Temperatur nicht erhöht. 8. Oktober. Am Rücken sind eine Anzahl hellroter Flecke mit kreisförmigen oder kreisbogenförmigen Begrenzungen aufgetreten, die im Zentrum schnell abblassen. In den folgenden Tagen gewinnen die Flecke schnell an Ausdehnung, während sie gleichzeitig vom Zentrum fortschreitend verblassen. Auch am Bauch und den Armen sind ähnliche blaßrote Flecke aufgetreten, die gleichen Verlauf nehmen. Nach einigen Tagen ist das Exanthem, das keine subjektiven Erscheinungen gemacht hat, verschwunden. 14. September. Die Knoten am Hinterkopf sind noch etwas größer geworden und nicht mehr ganz so hart. Die Knötchen am Knie sind verschwunden, die am Kreuzbein kleiner geworden. Sonst unverändert entlassen. Nach 2 Monaten berichtet der behandelnde Arzt, daß von den Knoten am Kopf noch kleine Reste vorhanden seien. Im linken Schultergelenke treten noch zeitweilig Schmerzen auf, und der Herzbefund sei noch der gleiche. Nach weiteren $2^1/_2$ Monaten (3. Februar 1910) stellt sich der Patient nochmals vor. Das Allgemeinbefinden und der nervöse Zustand ist wesentlich besser (seit etwa 4 Wochen). Knoten sind nirgends mehr nachzuweisen. Nur die Sehnenscheide des dritten linken Fingers ist noch etwas verdickt. Herz und Kreislauf sind noch nicht kompensiert, der Befund ist wie oben. Nach Aussage der Mutter sei der Hautausschlag noch einige Male aufgetreten.

Es handelt sich also um einen Gelenkrheumatismus bei einem 12 jährigen Knaben, der nur leichte Erscheinungen an den Gelenken machte, sich aber durch die Komplikation mit Endokarditis, Chorea, Nosoditäten und ein rezidivierendes Exanthem als eine schwere Infektion erwies. Die Krankheit selbst ist zwar nach längerem Bestande günstig verlaufen, doch ist der endliche Ausgang bei dem Bestehen des schweren Herzfehlers noch ungewiß.

Bezüglich des Erythems ist noch zu bemerken, daß ein ähnliches Erythem bei akutem Gelenkrheumatismus nur einmal von Cheadle unter dem Namen Erythema marginatum beobachtet zu sein scheint, und zwar bei einem Kinde, das auch die sämtlichen Manifestationen des Rheumatismus hatte, wie der oben mitgeteilte Fall, und das zum Exitus kam. Bei rheumatischen Affektionen kommen bekanntlich neben dem Erythema multiforme und nodosum in manchen Fällen sehr verschiedenartige Exantheme zur Beobachtung, und auch das beschriebene Exanthem kann wegen des wiederholten Auftretens während der Krankheit zweifellos zum Symptomenkomplexe des Rheumatismus gezählt werden. Anscheinend tritt es, wie die Nosoditäten, auch nur in schweren Fällen auf. Um ein Arzneiexanthem handelt es sich nicht, da weder Salizylsäure noch ein verwandtes Medikament zur Zeit des Auftretens des Erythems verabreicht war. Grätzer.

C. Bolle, Zur Frage der Tuberkulinimpfung der Kindermilchkühe. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium der Meierei Bolle.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 26.) Die Resultate, welche die Untersuchungen der Tiere und der Milch auf Tuberkulose ergeben haben, sind folgende:

Offene Tuberkulose ist in den Ställen niemals klinisch beobachtet worden. Von den 304 Kühen haben 75 positive und 9 zweifelhafte Tuberkulinreaktionen gezeigt. Von den 75 positiv reagierenden Tieren hatte nur die Milch eines einzigen Tuberkulose bei Impfung auf Meerschweinchen hervorgerufen. Von den 9 zweifelhaft Reagierenden erzeugte die verimpfte Milch zweimal verdächtige Erscheinungen bei Meerschweinchen; doch hatte die Weiterimpfung von Organstücken

der verdächtigen Impftiere und mehrere spätere Verimpfungen der Milch ein negatives Ergebnis. Also von sämtlichen 84 Kühen, die positiv bzw. zweifelhaft auf Tuberkulin reagiert haben, ist nur eine einzige vom bakteriologischen Laboratorium als virulente Tuberkelbazillen ausscheidend bezeichnet worden.

Wie soll man nun nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen die Frage entscheiden: Sind Kühe, welche auf Tuberkulin reagiert haben, von der Kindermilchgewinnung auszuschließen? Sie kann mit einem glatten Nein beantwortet werden: Die Ergebnisse bilden jedenfalls eine Bekräftigung der Ansicht von Ostertag und seinen Schülern, der auch Pusch beitritt, daß die Tuberkulinimpfung nicht maßgebend sein kann, sondern daß die klinische Untersuchung der Tiere und die bakteriologische Nachprüfung der Milch in gewissen Zwischenräumen ausschlaggebend sind in einem Viehbestand, der zur Kindermilchgewinnung dienen soll. Grätzer.

B. Möllers, Die Tuberkulinprüfung der zur Kindermilchgewinnung dienenden Kühe. (Ebenda.) M.s Ausführungen lassen sich dahin zusammenfassen:

1. Kühe, die auf Tuberkulin positiv reagiert haben, sind prinzipiell als tuberkuloseverdächtig anzusehen und daher von der Kindermilchgewinnung auszuschließen.

2. In einem Viehbestand, der zur Kindermilchgewinnung dienen soll, darf die klinische Untersuchung der Tiere und die bakteriologische Nachprüfung der Milch nicht allein, sondern nur im Verein mit der diagnostischen Tuberkulinprüfung der Milchkühe für die Beurteilung maßgebend sein.

Grätzer.

H. Timmer, Die Resultate der Serumtherapie bei 1231 tracheotomierten und intubierten Diphtheriepatienten, verglichen mit denen bei 605 Fällen vor dem Serum. (Aus dem Emma-Kinderkrankenhause in Amsterdam.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 28.) Die Mortalität sank in der Serumperiode wesentlich. Grätzer.

F. Brandenberg (Winterthur), Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 24.) B. hatte Gelegenheit, 3 Fälle des Leidens bei Mädchen von 9, 13 und 14 Jahren zu beobachten. Was allen 3 Fällen gemeinsam war, ist das progrediente Ergriffenwerden fast sämtlicher Gelenke, die bedeutende Atrophie der Muskeln und, in einem Fall radiographisch nachgewiesen, der Knochen. Nur im ersten Fall sind Komplikationen aufgetreten, wie sie sonst bei Gelenkrheumatismus bekannt sind; der Befund im weiteren Verlauf rechtfertigt trotzdem die Diagnose Polyarthritis progressiva. Es scheint nicht anzugehen, die Endo- und Perikarditis, sowie die Pleuritis als unabhängig vom Rheumatismus hinzustellen, in diesem Falle muß aber hinwiederum zugegeben werden, daß die Polyarthritis chronica progressiva sich wenigstens im Beginn nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit von den anderen rheumatischen Gelenkaffektionen trennen ließ, wie

dies Hoffa annehmen zu können glaubt. — B. resümiert seine Beobachtungen wie folgt: Die Polyarthritis chronica progressiva ist als eine Krankheit sui generis aufzufassen. Sie ergreift gern jugendliche Individuen. Zu Beginn der Erkrankung können dem akuten Gelenkrheumatismus eigene Komplikationen von seiten des Herzen und der serösen Häute, wenn auch vielleicht ausnahmsweise, auftreten. Salizylpräparate und Badekuren sind im Gegensatz zu den anderen rheumatischen Affektionen ohne sichtbaren Erfolg. Die Behandlung erstreckt sich auf allgemeine und speziell Kräftigung der atrophischen Muskulatur, Pendel- und Widerstandsapparate sollen teils die Muskeln kräftigen, teils eine Ankylose der Gelenke zu hindern streben. Droht eine Ankylose einzutreten, so soll eine Kur mit Fibrolysininjektionen versucht werden, natürlich unterstützt mit heilgymnastischen Übungen. Bei Kontrakturen sind nach Hoffa Schienenhülsenapparate anzuwenden.

Grätzer.

E. Aschenheim, Uber familiären hämolytischen Ikterus. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Heidelberg.) (Ebenda.) Bei einem $6^1/_2$ jährigen Kinde und dessen Vater fand sich ein bis ins Einzelne übereinstimmendes Krankheitsbild vor.

Als die wichtigsten Symptome dieses Leidens sind zu nennen: Chronischer Ikterus, in seiner Intensität schwankend, Urobilinurie, Urobilinogenurie, dabei stets cholische Stühle, großer, harter Milztumor, geringe, aber nachweisbare Vergrößerung der Leber.

Die Veränderungen des Blutbildes, vor allem die Resistenzverminderung der Erythrozyten weisen auf eine vorwiegende Affektion dieser Zellen hin, die sehr typisch und somit zum eigentlichen Symptomenkomplex zu rechnen ist. Der Färbeindex ist herabgesetzt. Dauernd besteht hochgradige Anisozytose (Megalozyten und Mikrozyten). Stets finden sich granulierte Rote (bei Vitalfärbung). Sicherlich zeigen auch die Leukozyten Veränderungen, doch scheinen sie zu geringfügig und zu schwankend, um ihnen für die Diagnose eine ausschlaggebende Stellung einzuräumen. Ihre Zahl ist leicht vermehrt, und zwar betrifft diese Vermehrung vorwiegend die Poly. neutr., es finden sich fast immer, vorwiegend im granulierten System, einige jugendliche Formen. Auch die Zahl der Plasmazellen schien selbst für einen 6 jährigen Knaben gesteigert, wenn man schon gewohnt ist, beim Kinde stets Plasmazellen zu finden.

Das Leiden, um das es sich hier handelt, ist oft verschieden benannt worden, am häufigsten findet man wohl die Bezeichnung: Chronischer acholurischer Ikterus, so zuletzt noch Japha im Pfaundler-Schlossmannschen Handbuch, 2. Auflage. Dieser Name wird aber nur sekundären Symptomen gerecht. Prägnanter und das Typischste im Krankheitsbild bezeichnend scheint wohl die Bezeichnung Chauffards zu sein: Hämolytischer Ikterus — und zwar handelt es sich (in obigem Falle) um die familiäre Form.

Den dem Leiden zugrunde liegenden pathologischen Prozeß müssen wir uns wohl so vorstellen, daß es aus vorläufig unbekannten Ursachen zu einem vermehrten Zerfall der Erythrozyten kommt. Dies führt zur Pleiochromie: als deren Folge tritt Stauung in den Gallen-

kapillaren und Ikterus auf. Auch der Milztumor ist auf den vermehrten Abbau der Roten zurückzuführen, also ein spodogener.

Grätzer.

E. Fabian, Fremdkörper im Bruchdarm als Ursache schwerer Komplikationen. (Aus der Chirurg. Klinik in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 25.) Eine Zusammenfassung der Krankengeschichte ergibt, daß sich bei einem gesunden, 17 Monate alten Kinde am Tage, nachdem es einen Pflaumenkern verschluckt hat, der bis dahin stets reponible Nabelbruch nicht mehr zurückbringen ließ, daß aber sowohl an diesem, wie am nächsten Tage außer Stuhlverhaltung sich kein besonderes Krankheitszeichen (Erbrechen, starke Schmerzhaftigkeit, Meteorismus) einstellte; das bestehende Fieber (bei der Aufnahme 38,6°) war der Mutter nicht aufgefallen.

Bei der ersten Untersuchung schloß F. aus der Irreponibilität des Bruches und aus der Stuhlverhaltung auf eine bestehende Brucheinklemmung, konnte allerdings wegen des Fiebers und der lokalen Entzündungserscheinungen bei fehlendem Erbrechen einen entzündlichen Prozeß (Abszeß) nicht sicher ausschließen. Das Bild war jedenfalls nicht das eines gewöhnlichen eingeklemmten Bruches. An Fremdkörper aber war vor der Operation nicht gedacht worden. Es war ein Schnürring nicht vorhanden, dagegen bestand eine serofibrinöse Entzündung im Bereiche des Bruchdarmes, und es fanden sich zwei Perforationen der Darmwand, von denen aus es ohne Operation sicherlich rasch zu einer schweren Infektion des Bruchsackes gekommen wäre.

Man hat sich demnach wohl den Mechanismus so vorzustellen, daß der Pflaumenkern, nachdem er in den Bruchdarm eingetreten war, sich in ihm verfangen hat, so daß er ihn nicht wieder verlassen konnte. Wie schon Appel betont, kann das bei einem langen spitzen Körper, zumal bei geringer Kotfüllung, leicht statthaben, wenn eine Darmschlinge so gelagert ist, daß die Übergangsstelle von zu- und abführendem Schenkel einen Bogen mit kurzem Radius bildet. Wahrscheinlich hat der gefangene Fremdkörper stärkere peristaltische Bewegungen ausgelöst, infolge deren es bald zu einem Andrängen gegen die Darmwand und damit zu Läsionen der Schleimhaut durch die scharfen Spitzen des Kerns gekommen ist. Diese traumatische Reizung hat dann eine entzündliche Schwellung der Darmwand im Bruche bewirkt, im weiteren Verlaufe ist der Kern in eine quere Stellung zur Bruchpforte geraten, und bei der längeren Dauer dieses Zustandes haben die spitzen Enden des Kerns die Darmwand im Fundus der Darmschlinge durchbohrt. Dementsprechend wies der im Bruchsack befindliche Darmwandteil (es handelte sich um eine Littresche Hernie) zwei Einrisse auf, einen kleinen rundlichen, mehr lochartigen, und einen ausgedehnteren länglichen, schlitzförmigen, aus dem der Kern ziemlich weit vorragte und durch den er sich bei der Operation entleerte. Durch seine quere Lage hat er natürlich nach Art eines Riegels eine Fesselung des Darmes im Bruchsack bedingt; es ist das aber ein besonderer Modus der Einklemmung, nämlich der durch Fremdkörper, der zuweilen daran erkannt werden kann, daß trotz er-

giebiger Spaltung des Bruchringes die Reposition des Darmes nicht gelingt. Und selbst in den Fällen, in denen der Fremdkörper nicht als Riegel gewirkt hat, ist es die durch die Reizung erzeugte sekundäre Peritonitis gewesen, die eine Entzündung des Bruches und seine Unbeweglichkeit hervorgerufen hat, eine Undurchgängigkeit des Darmrohres haben die Fremdkörper nur selten erzeugt. Das im Bruch gefangene Darmstück entsprach dem unteren Ileum dicht vor der Klappe, d. h. dem häufigsten Fremdkörperfundort im Darm.

Grätzer.

Thiemich, Über die Leistungsfähigkeit der menschlichen Brustdrüse. (Aus der Säuglingsabteilung der städt. Krankenanstalt Altstadt-Dresden.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 26.) Nach Th.s Erfahrungen ist die Zahl der 1 Liter und mehr liefernden Frauen sehr groß. Th. zeigt, daß eine erstaunlich große Zahl gesunder, aber keineswegs ausgewählt kräftiger, vielfach unter ärmlichen Verhältnisse aufgewachsener und bis kurz vor der Entbindung meist als Fabrikarbeiterinnen tätig gewesener Mütter eine überraschend große Laktationsleistung viele Monate hindurch aufweist, und dies ohne den geringsten Schaden für die eigene Gesundheit.

Sind wir uns der früher kaum bedachten Steigerungsfähigkeit der Milchsekretion zahlreicher Frauen und der Tatsache bewußt, daß daß dies ohne irgend welche gesundheitliche Bedenken erreicht werden kann, so finden sich Mittel und Wege, diese ungehobenen Überschüsse an Frauenmilch nutzbar zu machen. Man erreicht dies in Magdeburg z. B., indem man einzelne schwächliche, durch künstliche Ernährung gefährdete Säuglinge zu Frauen in Pflege gibt, von denen sie neben dem eigenen Kinde mitgestillt werden, oder indem man solche Kinder an milchreiche Frauen in der Nachbarschaft weist, die sie wenigstens mehrmals täglich mitstillen und dafür eine bescheidene Vergütung, sei es von den Angehörigen des Kindes, sei es aus städtischen Mitteln erhalten. Keinesfalls ist es berechtigt, alle diejenigen Mütter, welche kurz nach der Entlassung aus der Anstalt wegen „Milchmangel", weil „das Kind unruhig war", „nicht satt wurde" oder „an Körpergewicht nicht zunahm", mit oder ohne ärztliche Sanktion zugefüttert oder abgesetzt haben, ohne weiteres als stillunfähig zu bezeichnen. Ganz abgesehen davon, daß Unruhe oder mangelnde Gewichtszunahme des Kindes häufig ganz andere, im Kinde gelegene Ursachen als Unterernährung haben, müssen wir bedenken, daß die Milchleistung bei einzelnen stillschwachen Frauen nur dadurch zu ausreichender Höhe zu steigern ist, daß die Brust mehrmals des Tages möglichst bis zum letzten Tropfen entleert wird, weil darin der stärkste Anreiz für die Tätigkeit der Drüse liegt. Dies bei sehr milcharmer Brust die genügende Zeit, oft 2—3 Wochen oder länger, unbeirrt durch Gewichtsstillstand oder langsame Abnahme des Kindes und gelegentliche Unruhe desselben durchzuführen, erfordert so viel Verständnis und Geduld von seiten der Mutter und so viel Sachkenntnis und Konsequenz von seiten des Arztes, daß es außerhalb einer geschlossenen Anstalt sehr häufig mißlingt.

Eine weitverbreitete Anschauung geht dahin, daß die 5.—6. Woche nach der Entbindung, also die Zeit, zu der bei vielen Frauen, auch

wenn sie nachher während einer vielmonatlichen Laktation amenorrhoisch sind, eine menstruelle Blutung auftritt, sozusagen eine kritische Periode für die Milchsekretion darstellt. Die tatsächlichen Grundlagen für diese Meinung sind Th. weder aus der Literatur, noch aus seinen eigenen Beobachtungen bekannt geworden. Es scheint Th., daß ihr jede Berechtigung fehlt, zumal er auf Grund seiner Erfahrungen nicht zugeben kann, daß sich während der Menses eine deutliche, über die an und für sich beträchtlichen physiologischen Schwankungen hinausgehende Verminderung der Milchsekretion geltend macht. Wo dies einmal geschieht, kommt es wohl nur dann zustande, wenn sich die Stillende in diesen Tagen elend fühlt und weniger Sorgfalt und Geschick auf das Sättigen des Kindes verwendet.

Wo überhaupt von einer Brustdrüse Milch abgesondert wird, da ist der stärkste und unter allen Umständen unentbehrlichste Reiz, der die Funktion anregt und steigert, die immer wiederholte, möglichst vollkommene Entleerung der Brust, die zwar durch Abdrücken oder Absaugen der Milch mit Hilfe einer der vielen Milchpumpen unterstützt, aber in letzter Linie doch nur durch das Anlegen des hungrigen Kindes vollkommen bewirkt wird. Die zahlreichen „Laktagoga" üben keine spezifische Wirkung auf die Milchsekretion aus. Wenigstens läßt sich eine solche nicht beweisen, da der andere unentbehrliche Faktor in seiner Größe gar nicht zu berechnen ist.

Grätzer.

Loos, Zur Kasuistik erworbener Kieferdeformitäten. (Aus dem patholog. Institut in Straßburg.) (Ebenda.) Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das an Tuberkulose starb. Es zeigte einen fast totalen Defekt des Kieferkörpers. Vor mehreren Jahren war ein Sequester des Unterkiefers entfernt worden. Die Veränderung ist zweifellos durch Karies entstanden. Grätzer.

P. Morawitz, Untersuchungen über Chlorose. (Aus der medizin. Univers.-Poliklinik in Freiburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 27.) Die Resultate der Untersuchungen sind folgende:

1. Es gibt ausgesprochene Fälle von Chlorose mit normalem oder nahezu normalem Blutbefunde. Diese Fälle sind nicht selten. Sie werden durch Eisen ebenso günstig beeinflußt, wie Chlorosen mit deutlicher Anämie.

2. Die Anämie ist also nicht das Kardinalsymptom der Chlorose, das alle übrigen beherrscht, sondern nur ein Symptom unter anderen.

3. Menstruationsstörungen, Nonnensausen, Wasserretentionen bei Chlorose sind nicht immer von Anämie abhängig, ebensowenig die Mehrzahl der subjektiven Erscheinungen.

4. Es ist nicht bewiesen, ja sogar unwahrscheinlich, daß die heilende Wirkung des Eisens bei Chlorose als Reizwirkung auf die blutbildenden Organe, speziell als Reiz für reichlichere Hämoglobinbildung zu deuten ist. Die Nutzlosigkeit des Eisens bei fast allen nicht chlorotischen Anämien (im Gegensatz zum Arsen) spricht, abgesehen von anderen Beobachtungen, gegen die Existenz einer solchen Reizwirkung.

5. Der Angriffspunkt des Eisens bei Chlorose ist wohl überhaupt nicht allein in den blutbildenden Organen zu suchen, sondern an der noch unbekannten Wurzel des gesamten Krankheitsbildes der Bleichsucht.

Grätzer.

Kümmell (Erlangen), Zur Therapie der Blennorrhöe mittels der Blennolenizetsalbe. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 28.) K. schreibt:

„Die Schlußfolgerungen, die Bayer[1]) aus seinen Erfahrungen bei der Behandlung der Augengonorrhöe mit der Blennolenizetsalbe gemacht hat, können wir ebenfalls vollständig bestätigen. Besonders lehrreich in dieser Hinsicht waren zwei Fälle, die beide doppelseitige Blennorrhöe hatten, und bei denen das eine Auge, mit der gewöhnlichen Silbernitrattherapie, das andere mit der Blennosalbe behandelt wurde.

In dem einen Falle betraf die Erkrankung eine 40jährige Frau. Seit 5 Tagen Entzündung des linken Auges, seit 3 Tagen des rechten. Rechts wurde mit Silbernitrat behandelt, links mit Blennosalbe. Nach 4 Tagen sah das rechte Auge äußerlich normal aus, es bestand nur noch eine geringe Schwellung der Bindehaut, während links noch weit stärkere Rötung und Schwellung bestand. Erst nach 12 Tagen hatten beide Augen das gleiche Aussehen.

Der andere Fall war noch viel auffallender bezüglich der Überlegenheit der alten Methode. Es handelt sich um einen 6 Wochen alten Knaben, der erst vor 3 Tagen erkrankt war. Der Gonokokkenbefund auf beiden Augen war gleich, ebenso die klinischen Erscheinungen. Rechts Blennosalbe, links Silbernitrat. In den ersten beiden Tagen war die Sekretion auf beiden Augen ziemlich gleich, aber schon am 3. Tag der Behandlung war ein deutlicher Rückgang der Sekretion an dem linken Auge zu sehen. Noch deutlicher wurde der Unterschied in den folgenden Tagen. Am 6. Tage war links keine Schwellung der Bindehaut mehr zu konstatieren, und erst am 15. Tag war der Zustand der Konjunktiven auf beiden Augen gleich, während die Sekretion sich auch da noch stärker zeigte auf dem mit Blennosalbe behandelten Auge. Hand in Hand mit der klinischen Überlegenheit der Silberbehandlung ging das Verhalten der Gonokokken. Links waren sie schon am Beginn des 3. Tages nur vereinzelt zu finden, während sie sich rechts fast in jedem Gesichtsfeld fanden. Allmählich nahmen sie bis zum 17. Tag auf beiden Augen ab, doch wurden links weniger Gonokokken gefunden wie rechts. Von da an nahm die Zahl der Gonokokken auf beiden Augen wieder zu infolge stärkerer Störung des Allgemeinbefindens durch fast ununterbrochene Krämpfe, so daß erst am 23. Behandlungstage links überhaupt keine Gonokokken mehr gefunden werden konnten, die dann auch endgültig verschwunden blieben, während sich rechts noch immer zahlreiche Bakterienhaufen selbst bis zum 28. Tage vorfanden. Von diesem Tage an wurde rechts, um den Verlauf abzukürzen, $^1/_4$ $^0/_0$ iges Argent.

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 19.

nitric. gegeben, mit dem Erfolg, daß bereits 2 Tage später keine Gonokokken mehr nachzuweisen waren.

Haben wir bei der Beurteilung eines neuen Heilmittels häufig keine genügende Kontrolle, ob nun der bei Anwendung des Mittels erzielte Erfolg auch wirklich dem Mittel zuzuschreiben ist und nicht zufälligen Ereignissen sein Dasein verdankt, wie z. B. einer geringeren Virulenz der Bakterien oder einer höheren Resistenz des Individuums gegen die Erreger, so können wir bei Befallensein beider Augen diese zufälligen Faktoren ausschalten, indem man nur das eine Auge mit dem neuen Mittel behandelt und dadurch einen guten Vergleichsmaßstab hat für den wirklich erzielten Heilerfolg. Und so sehen wir, daß das mit der Blennolenizetsalbe behandelte Auge im Vergleich zum Kontrollauge nicht nur deutlich zurückbleibt bei der Abnahme der Schwellung und Sekretion, sondern daß auch das längere Vorhandensein der Bakterien in diesem Auge eine nicht unbeträchtliche Gefahr in sich birgt. Wir sind daher vollständig davon zurückgekommen, das Mittel, das wir stets nur bei leichten Fällen angewandt haben, fernerhin anzuwenden. Grätzer.

J. Ruppert (Salzuflen), Aortenaneurysma und Gelenkrheumatismus. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 29.) Kurz zusammengefaßt stellte sich das Krankheitsbild wie folgt dar. Ein 11 jähriger Junge, der 5 Jahre vorher einen Gelenkrheumatismus durchgemacht und einen Herzfehler zurückbehalten hat, erkrankte, nachdem die Herzbeschwerden von Jahr zu Jahr gestiegen waren, an ziemlich schnell zunehmender Stimmlosigkeit. Als Ursache letzterer fand sich eine linksseitige Rekurrensparese. Außer einer Aorteninsuffizienz bestand noch ein Dämpfungsbezirk über dem oberen Teil des Brustbeins und neben ihm im Bereich des ersten und zweiten Interkostalraumes mit leisen Pulsationen. Der rechte Radialpuls war deutlich fühlbar und meßbar schwächer wie der linke. Die Atmung war vertieft und geräuschvoll, das Atmungsgeräusch über der linken Lunge ist abgeschwächt. Schließlich war noch eine Stauung im Bereich der Jugularvenen bemerklich.

Der ganze Symptomenkomplex wies also auf ein Aortenaneurysma hin, das man mit großer Wahrscheinlichkeit im aufsteigenden Teile der Aorta zu suchen hatte. Die nebenher bestehende Aorteninsuffizienz war wohl nicht als Folge des Aneurysmas anzusehen, sondern als die unmittelbare Schädigung des Herzens durch die akute Gelenkerkrankung, da der Vater des Patienten in der Anamnese ausdrücklich erwähnte, daß sich an den Rheumatismus ein von Jahr zu Jahr sich verschlimmerndes Herzleiden angeschlossen habe. Andererseits sprachen die angeführten charakteristischen Erscheinungen dagegen, daß etwa die bestehende Aorteninsuffizienz ein Aneurysma vortäuschte, oder daß die Rekurrensparese durch eine andere Ursache, durch einen Tumor oder, wie in einem von Zinn beschriebenen Falle, durch eine Perikarditis bedingt wurde.

Die Ursache des Aneurysmas mußte in der vorangegangenen rheumatischen Erkrankung gesucht werden beim Abhandensein jedes anderen primären traumatischen, toxischen oder infektiösen Momentes

in der sorgfältig erhobenen Anamnese und beim Fehlen jedes Anhaltspunktes für eine anderweitige Ätiologie im körperlichen Befunde. Für die Annahme einer rheumatischen Genese sprachen die neueren auch von deutschen Forschern nachgewiesenen Mediaveränderungen im Verlauf von akuten Infektionskrankheiten, die in von Wiesel publizierten Fällen in herdweiser Degeneration der glatten Muskulatur und der elastischen Fasern der Media, in schweren Fällen in Nekrosen der Gefäßwand bestanden, und die R. in seinem Falle bei der schweren, nach dem Rheumatismus zurückgebliebenen Klappenveränderung, in mehr oder minder hohem Grade ebenfalls voraussetzen dürfte. R. schließt sich in dieser Beziehung der Ansicht Bernerts an, welcher sagt: „Es ist nun der Gedanke sehr naheliegend, daß an solchen Stellen der Aorta, an welchen infolge einer Mesarteriitis und des nach ihrem Rückgange daselbst gebildeten Narbengewebes die Widerstandsfähigkeit der Gefäßwand in größerem Maße gelitten hat, es zu einer Ausbuchtung der Wand, zur Bildung eines sackförmgen Aneurysmas kommen kann.“ Wiesel fand im Bereiche solcher Narbenstellen seichte Einziehungen, und nach Arnsperger sind die Ursache embolisch thrombotische Herde in der Gefäßwand, ausgehend von einer gleichzeitigen Endokarditis der Aortenklappen.

Grätzer.

F. Zybell, Kuhmilchdiosynkrasie bei Säuglingen. (Aus der Säuglingsabteilung der Krankenanstalt Altstadt-Magdeburg.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 30.) Z. berichtet über 3 neue Fälle von Kuhmilchidiosynkrasie und betont, daß für die Praxis aus der klinisch sichergestellten Existenz einer Überempfindlichkeit die Mahnung resultiert, beim Abstillen die ersten Milchmengen möglichst klein zu wählen, um nicht durch eine heftige, das Leben des Kindes bedrohende Reaktion von dem Vorhandensein einer Kuhmilchidiosynkrasie überrascht zu werden.

Grätzer.

Kissner (Niederohmen), Über eine mit Antistreptokokkenserum (Höchst) erfolgreich behandelte Staphylokokkensepsis. (Ebenda.) In einem sehr schweren Falle bei einem 11jährigen Knaben trat Heilung ein, die nach K.s Überzeugung dem Antistreptokokkenserum zu danken ist. Er empfiehlt, dieses in ähnlichen Fällen zu versuchen, wenn man sich auch nicht vorstellen kann, wie ein Antistreptokokkenserum auf Staphylokokken vernichtend wirken soll.

Grätzer.

L. Halberstädter und **A. Reiche,** Die Therapie der hereditären Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Wassermannschen Reaktion. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg und der Bakteriol. Abteil. des Pathol. Instituts in Berlin.) (Therap. Monatshefte. Juli 1910.) Daß die einzelne Kur die Reaktion in gewissen Fällen in eine negative verwandeln kann, geht aus den Untersuchungen hervor. Am reinsten war dies Verhalten bei frischen Fällen am Ende der ersten Kur zu erkennen, wo Verff. eine Umwandlung der Reaktion in 26% der Fälle konstatieren konnten. Ebenso sahen sie bisweilen auch bei späteren Kuren eine ausgesprochen positive Reaktion in eine negative umschlagen, allerdings auch hier nur in

einer Minderheit der Fälle. Diese negative Reaktion war aber nicht von Bestand, sondern wandelte sich mitunter sehr rasch wieder in eine positive um, trotzdem klinisch kein Aufflackern der Syphilis zu konstatieren war.

Andererseits hatte aber auch die konsequent durchgeführte intermittierende Behandlung — wenigstens in den ersten Jahren der hereditären Syphilis — nicht einen solchen Einfluß, daß die Reaktion in allen Fällen dauernd negativ blieb. Möglicherweise tritt erst nach Jahren ein definitives Verschwinden der Reaktion ein. Vorläufig war dies bei diesen Fällen, die allerdings erst 2—3 Jahre lang beobachtet worden sind, noch nicht zu konstatieren. Es zeigte sich vielmehr unverkennbar bei den meisten dieser Fälle die ausgesprochene Tendenz der Reaktion, positiv zu bleiben, bzw. nach vorübergehender Umwandlung wieder positiv zu werden.

Nach den erzielten Resultaten ist es vorläufig auch nicht möglich, aus dem Ausfall der Reaktion auf die größere oder geringere Wirksamkeit einer der bisher angewandten Behandlungsarten zu schließen. Die verhältnismäßig seltenen Umwandlungen der Reaktion sind sowohl unter Sublimatinjektionen wie unter der internen Behandlung und der Schmierkur erfolgt, ohne eine Behandlungsart besonders zu bevorzugen. Ebenso verteilten sich die positiv gebliebenen Reaktionen ohne deutlichen Unterschied auf sämtliche Methoden. Da ferner die negativ gewordenen Reaktionen bisher bei späteren Untersuchungen wieder positiv wurden, so kann auch der negative Ausfall nicht Veranlassung dazu geben, die intermittierende Behandlung zu unterbrechen; sondern auch diese Fälle sind ebenso wie die positiv gebliebenen weiter zu behandeln. Es muß also vorläufig die Behandlung ohne Rücksicht auf den Ausfall der Reaktion durchgeführt werden. Da die Verff. ferner gesehen haben, daß die fortlaufend behandelten Kinder symptomfrei werden und sich gut entwickeln, gleichgültig ob die Reaktion vorübergehend negativ wurde oder positiv blieb, so können sie auch aus dem Verhalten der Reaktion keinerlei Schlüsse in bezug auf die Prognose im Einzelfall ziehen. Grätzer.

F. Brandenberg (Winterthur), Zur Behandlung des Milchnährschadens. (Ebenda.) Der Milchnährschaden ist bekanntlich ein Fettnährschaden. B. wendet seit $1^1/_2$ Jahren mit Erfolg eine ihm von der Berner Alpenmilchgesellschaft Stalden, Emmenthal gelieferte „sterilisierte, Spezialmilch mit reduziertem Fettgehalt“ an; die Reduktion des Fettgehaltes ist auf 0,1—0,3 % eingestellt. Diese Milch wurde in erster Linie Kindern gegeben, bei denen die Fettverdauung zu wünschen übrig ließ. Auch in der Therapie gewisser Ekzemfälle spielt sie eine Rolle.

Auf Grund seiner Versuche ist B. in der Aufstellung der Indikation noch etwas weiter gegangen und steht nach gemachten Erfahrungen nicht an, die Milch in den ersten Lebenswochen zu empfehlen, besonders schwächlichen Säuglingen, die zu Dyspepsie neigen, wenn Frauenmilch oder einwandfreie Kuhmilch nicht erhältlich ist. Die Befürchtungen, die anderseits ausgesprochen wurden, es könnte sich bei ausgedehnter Verwendung dieser sterilisierten Milch die Barlowsche Krankheit häufiger zeigen, hat sich bisher nicht bestätigt.

Über die Dauer der Verabreichung fettfreier Nahrung macht Feer den Vorschlag, sie nie länger als 3—10 Tage zu geben. Er schreibt: „Über lange Zeit ausgedehnte Ernährung mit fettfreier Milch scheint mir oft eine besondere Empfindlichkeit gegen Fett nach sich zu ziehen." Ohne die Richtigkeit des Satzes bestreiten zu wollen, möchte B. über die Zeitdauer der Verordnung fettarmer Milch seine Ansicht derart formulieren: Die fettarme Milch soll, wie überhaupt jede unnatürliche Nahrung, möglichst bald einer wenig gekünstelten Ernährung weichen. Jedoch gibt es Fälle, in welchen die Toleranz gegen Fett auf Monate hinaus so gering ist, daß man gezwungen wird, bei einer fettarmen Nahrung so lange zu verbleiben, bis sich der Chemismus der Verdauung für Fettverarbeitung wieder normal erweist. Wie weit dies von Änderungen der Gallensekretion, Änderungen in der Zusammensetzung der Galle selbst, wie weit es sich in andern Fällen um Alkalipenie im Darme handelt, entzieht sich vorerst einer wissenschaftlichen Begründung.

Was nun die Gewichtszunahmen bei Verabreichung von fettarmer Spezialmilch anbetrifft, so sind wöchentliche Zunahmen von 100 bis 180 g ziemlich häufig zu konstatieren. Diese Zunahmen sprechen dafür, daß ein Kind bei geringerer Fettzufuhr gedeihen kann, als bisher angenommen wurde.

Den Übergang zur Marktmilch erleichtert man durch allmählichen Zusatz von frischem Rahm oder gewöhnlicher Kuhmilch zur Spezialmilch.[1])

Für ältere Säuglinge, von 10—12 Wochen, ist es natürlich wünschenswert, daß der Ausfall an Kalorien, der durch den Fettentzug der Milch entsteht, anderweitig gedeckt werde, und zwar durch Kohlehydrate. Selbstredend sind alle mit Milchzusatz bereiteten, über 3% Fettgehalt aufweisenden Kindermehle kontraindiziert. Die Zahl derselben ist allerdings nicht sehr groß. Nach den B. zur Verfügung stehenden Analysen enthalten von den bekannten, hierher gehörenden Kindermehlen

	Fettgehalt
Mellins food	0,15—0,3%
Ringlers Infantin	0,5
Kufeke	0,6
Seefelders Kindergries	0,7
Nestles dextriniertes gemälztes Nährmittel	0,9
Hartensteins und Knorrs Leguminosenmehl Nr. 3	1,3
Phosphatine Fallières	1,9
Arnolds Kindermilch	2,2
v. Liebigs Kindersuppe	2,5
Timpes Kraftgries	2,9

In bezug auf die in je 1000 g Kindermehl enthaltenen Kohlehydrate rangieren sich die obengenannten:

[1]) Was die Haltbarkeit der von der Berner Alpenmilchgesellschaft Stalden gelieferten Spezialmilch mit reduziertem Fettgehalt anbetrifft, so steht sie derjenigen anderer sterilisierter Milch nicht nach und kann zum Versand nach auswärts ebenfalls empfohlen werden. (Muster stehen nach Mitteilung der Direktion gerne zur Verfügung.)

	lösliche Kohlehydrate g	unlösliche Kohlehydrate g
Nestles dextriniertes gemälztes Nährmittel .	740	79
Kufeke	670	119
Mellins food	610	195
Phosphatine Fallières.	566	319

Nach diesen Analysen dürfte es nicht schwer fallen, das passende Kindermehl auszusuchen, je nachdem der kleine Patient, was nicht so selten der Fall, zu seiner Insuffizienz der Fettverdauung noch eine Überempfindlichkeit gegen unaufgeschlossene Kohlehydrate aufweist.

Grätzer.

E. Fränkel und **A. Lorey,** Das anatomische Substrat der sogenannten Hiluszeichnung im Röntgenbild. (Aus dem Pathologischen Institut und dem Röntgeninstitut der Medizinischen Abteilungen [Direktor Geh.-Rat Prof. Dr. Lenhartz] des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf.) (Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. 14. Heft 3.) Über das anatomische Substrat der von dem Hilusschatten aus baumastförmig sich in die hellen Lungenfelder hinein verzweigenden Schattenstränge herrscht noch keineswegs Klarheit, wie schon die von den verschiedenen Autoren gebrauchten Bezeichnungen „Bronchialschatten“. „Gefäßschatten“, „Hilus- oder Lungenzeichnung“ hervorgeht. Auf Grund eigener mehrfach modifizierter Untersuchungen, vor allem an totgeborenen Kindern, kommen die Verff. zu dem Schluß:

1. daß die Teile des Bronchialbaums, die nicht vom Mittelschatten verdeckt sind, sich nur dann auf der Platte darstellen lassen, wenn die Bronchien wohl, die Alveolen jedoch nicht oder wenigstens nur in geringem Grade mit Luft gefüllt sind (Verhältnisse, wie wir sie beim Lebenden nur ganz ausnahmsweise antreffen, z. B. bei Atelektase der Lunge nach Verstopfung eines Hauptbronchus durch einen Fremdkörper);

2. daß die sichtbaren Bronchialverzweigungen keinen Schatten, sondern im Gegenteil eine Schattenaussparung auf der Platte verursachen, mithin auf dieser nicht als weiße, sondern als schwarze Stränge erscheinen.

Da aber die sogenannte Hiluszeichnung auf unseren Negativen eine Schattenverzweigung, also weiß ist, kann sie nicht durch die Verzweigungen des Bronchialbaumes hervorgerufen werden. Da es in der Lunge keine weiteren radiär sich verästelnden Gebilde gibt, bleiben somit als anatomisches Substrat für die Hiluszeichnung nur die Gefäße übrig, wie die Verff. durch eigens angestellte Versuche beweisen (Injektion der Gefäße vor der Aufnahme mit Zinnober, mit Blut, bzw. Auswaschen von dem darin enthaltenen Blut). Sie schlagen daher für die von der Lungenwurzel sich verzweigenden Schattenstränge die Bezeichnung „Gefäßschatten“ vor.

H. Bauer (Emmendingen).

Fleischer, Über Beziehungen der Mikuliczschen Krankheit zur Tuberkulose und Pseudoleukämie. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. März 1910.) Die kritische Durchsicht der Literatur lehrt, daß die Zahl der Fälle von Mikuliczscher Krank-

heit, d. h. doppelseitiger Schwellung der Tränen- und Speicheldrüsen, gar nicht so gering ist, bei denen mit Wahrscheinlichkeit eine tuberkulöse Ätiologie anzunehmen ist, und daß die Anschauung, die Mikuliczsche Krankheit könne eine tuberkulöse Allgemeinerkrankung darstellen, weitere Geltung hat, als bisher angenommen wurde.

Sommer (Zittau).

Rönne, Über das Gesichtsfeld bei hereditärer Optikusatrophie. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. März 1910.) Seitdem Leber im Jahre 1871 diese Krankheit beschrieb, ist eine große Anzahl von Fällen mitgeteilt worden. Verf. gibt nun zwei Krankengeschichten bekannt, bei denen das Gesichtsfeld Eigentümlichkeiten zeigte, die für das Verständnis der Pathogenese des Leidens nicht ohne Bedeutung sind.

Sommer (Zittau).

Wiegmann, Ein außergewöhnlicher Fall von Akkommodationslähmung nach Diphtheritis. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1910.) Bekanntlich ist die postdiphtherische Akkommodationsparese als eine durchaus gutartige Komplikation anzusehen; es pflegt immer allmählich eine Restitutio ad integrum einzutreten. Die Dauer der Lähmung wechselt von einigen Tagen bis zu einigen Monaten; im Durchschnitt beträgt sie 4—8 Wochen.

Die einzige gegenteilige Beobachtung hat bisher Mühsam gemacht, der diphtherische Akkommodationslähmung noch nach 4 Jahren bestehen sah. Jedoch liegt die Annahme nahe, daß es sich nicht um eine eigentliche Diphtherietoxinwirkung handelte, sondern daß die Ursache der Lähmung in schweren zentralen Störungen zu suchen sei.

Ein diesem ähnlicher Fall konnte vom Verf. beobachtet werden, der ihn des nähern beschreibt und sich in interessanten Erklärungsmöglichkeiten ergeht.

Sommer (Zittau).

M. Stumpf und **v. Sicherer** (München), Über Blutungen im Auge bei Neugeborenen. (Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. 13. Heft 3.) Die Arbeit zerfällt in zwei Teile, einen ophthalmoskopischen von St. und einen geburtshilflichen von v. S. Mittels Augenspiegels wurden 200 Neugeborene untersucht; dabei fanden sich 42 Blutungen, zum Teil in der Netzhaut, zum Teil im Sehnerven; einmal war das ganze Auge mit Blut erfüllt. Bei 23 Kindern traten die Blutungen doppelseitig auf; fast alle verschwanden in wenigen Tagen ohne besondere Behandlung. Bei ersterer Schädellage war meist das rechte Auge allein oder wenigstens stärker als das linke betroffen, bei der zweiten mehr das linke. Jedenfalls muß man annehmen, „daß die in einem ganz bestimmten zirkumskripten Gefäßgebiet des Kopfes durch den Geburtsakt bedingte Zirkulationsbehinderung und dadurch hervorgerufene Blutstauung imstande ist, in der Regel auf dem gleichseitigen Auge eine Netzhauthämorrhagie zu verursachen.“ Diese „Blutungen ins Auge“ werden also durch den Geburtsvorgang bewirkt und sind eine Teilerscheinung des auf den vorangehenden Kopf wirkenden Druckes seitens der Wände des Geburtskanals; sie entstehen also ebenso wie die Kopfgeschwulst, ganz besonders bei gleichzeitiger Asphyxie und bei Frühgeburten mit größerer Zerreißlichkeit der Gefäße.

Wegscheider.

Kausch, Die Behandlung des Hydrozephalus mit konsequenter Punktion. (Mitteil. aus dem Grenzgebiet der Med. und Chir. 1910.) Einer kritischen Übersicht über die bisher geübten chirurgischen Behandlungsweisen des Hydrozephalus folgt die Mitteilung mehrerer Fälle, bei denen Verf. eklatante Erfolge mit konsequenter Ventrikelpunktion erzielt hat: im ersten Fall sank der Kopfumfang von 52,5 cm auf 45,75 cm, der Kopf bekam eine andere Form, der Exophthalmus schwand, ebenso der Lagophthalmus, die Stauungspapille und die beginnende Sehnervenatrophie gingen zurück. Die Krämpfe sowie die Starre hörten auf, das Gewicht nahm zu. Es starb leider an interkurrentem Darmkatarrh. Auch beim zweiten Fall ist die Besserung unverkennbar: die Körperlänge stieg von $55^1/_2$ auf 68 cm, das Gewicht von 4240 auf 6180. Körperlich und geistig sonst normal. Leider starb auch dieses Kind, das annähernd geheilt war, im Anschluß an die letzte Punktion (Pachymening. haemorrh. int. et Leptomeningitis basal. adhaes. chron., Bronch. purul. diffus., Rachitis).

K. faßt seine Erfahrungen beim kindlichen Hydrozephalus im wesentlichen in folgende Sätze zusammen:

1. Bei weit offenem Schädel soll die Ventrikelpunktion energisch von den offenen Stellen aus vorgenommen werden.
2. Stets ist der Druck am Anfang und am Ende der Punktion zu bestimmen.
3. In schweren Fällen sind beim ersten Male bis 100 ccm abzulassen, der erhöhte Druck soll um etwa 20 cm sinken, aber nicht tiefer als auf + 5 cm; verträgt das Kind dies gut, so soll der Druck beim nächsten Mal auf 0, später auf Minus gebracht werden. Die einmalig abgelassenen Quanten können schließlich bis 300 ccm betragen.
4. Die Punktion ist jedenfalls zu wiederholen, sobald wieder ein höherer positiver Druck vermutet wird, solange bis der Schädel die normale Größe erreicht.
5. Bei negativem Druck, ferner bei abstehenden Schädelknochen ist die Kompression anzuwenden.
6. Lumbalpunktion war bei offenem Schädel nur in leichten Fällen oder in schwereren später, wenn durch Ventrikelpunktion erhebliche Besserung erzielt wurde und das Ablassen großer Mengen nicht mehr in Betracht kommt.
7. Bei weiteren Fortschreiten des Schädelschlusses Vorsicht mit dem Erzeugen eines negativen Druckes.
8. Bei geschlossenem Schädel ist sehr vorsichtig vorzugehen, negativer Druck völlig zu vermeiden, auch jede stärkere Herabsetzung des erhöhten Druckes in einer Sitzung.
9. Die komplizierten Operationsmethoden sollen erst versucht werden, wenn die konsequente Punktion nicht zum Ziele führt.

H. Netter (Pforzheim).

C. Kayser, Über familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen. (I.-D. Straßburg 1910.) Verf. ist in der Lage, über ein sehr seltenes Vorkommnis zu berichten, über 4 Fälle postdiphtherischer Lähmung, die nacheinander in einem Zeitraum von ungefähr

6 Wochen die sämtlichen Kinder ein und derselben Familie betrafen und in der medizinischen Poliklinik zu Straßburg zur Beobachtung kamen, die Mädchen im Alter von 12, 10 und 7 Jahren und einen 9jährigen Knaben.

Eine Beobachtung eines jeden der einzelnen Krankheitsbilder darf als auffallend zunächst die Generalisatiou der Lähmung bei dem 10jährigen, ersterkrankten Mädchen und den Wechsel im Verhalten der Patellarreflexe hervorheben. Ihre Wiederkehr und das erneute, plötzliche Verschwinden vor einer neuen Attacke — in diesem Fall vor der Beteiligung des Herzvagus und Sympathikus — bestätigt die Ansicht von Remak, Bernhardt u. a., nach denen man hierin ein prognostisch wichtiges Symptom zu erblicken hat. Interessant ist ferner neben der beträchtlichen Herabsetzung des Blutdruckes die Feststellung einer kompletten Entartungsreaktion im Gebiete des Nv. peroneus, was bisher nur in einer kleinen Zahl von Fällen beobachtet werden konnte. Bei dem Knaben ist das nicht häufig beobachtete Auftreten einer einseitigen Abduzenslähmung als einziges Symptom bei mangelnder Nasen- und nicht nachgewiesener, also wohl leichter Halsaffektion bemerkenswert. Während nun das 7jährige Mädchen hinsichtlich primärer wie sekundärer Erkrankung keinerlei Abweichungen von dem Typus postdiphtherischer Erkrankungen zeigt, ist die Beteiligung des Nervensystems bei der 12jährigen Schwester eine so geringfügige, daß sie, wenn die Erkrankung der Geschwister nicht voraufgegangen wäre, vielleicht nicht richtig gedeutet oder gar übersehen worden wäre. Die schwerste Rachenerkrankung und die schwersten Lähmungserscheinungen hatte die ersterkrankte 10jährige, die drei anderen hatten eine isolierte Lähmung bzw. nur flüchtige Alteration des Nervensystems ohne nachweisbare Rachenaffektion. Es würde naheliegen, zwischen der Schwere der primären und der Ausbreitung der sekundären Erkrankung eine Proportionalität anzunehmen, würde nicht die Literatur Fälle von schwersten Lähmungen nach unbedeutender Rachenerkrankung und umgekehrt aufweisen.

Darf man, obwohl ein exakter bakteriologischer Beweis sich nicht mehr hatte erbringen lassen, auf Grund der mehr oder weniger typischen Lokalisation der Lähmungen und des ganzen Verlaufes, wie nicht minder der Tatsache, daß in dem Wohnort Kehl seinerzeit viel Diphtherie herrschte und die Schulnachbarin der ersterkrankten 10jährigen wenige Tage vor ihr eine, allerdings auch nicht bakteriologisch sichergestellte Diphtherie mit glatter Rekonvaleszenz ohne Nachkrankheiten durchgemacht hatte, sonach eine vorangegangene Diphtherie als auslösendes Moment annehmen, so haben wir in der Toxinwirkung des Diphtheriegiftes im Sinne Ehrlichs, der darunter eine Modifikation des Diphtheriegiftes versteht, die keine anderen Symptome als späte Lähmungen macht, das schädigende Agens zu erblicken. Von diesem Gesichtspunkt aus gewinnt auch die Beteiligung der Nieren, wie sie bei allen 4 Kindern mehr oder weniger stark vorhanden war, besonderes Interesse. Es erhebt sich dann die Frage, warum das Toxin hier bei sämtlichen Kindern der gleichen Familie eine Nervenwirkung ausübte, ob, anders ausgedrückt, bei den 4 Kindern es sich nur um ein merkwürdiges Spiel des Zufalles ge-

handelt hat, oder ob dabei ganz besondere Einflüsse hinsichtlich der postdiphtherischen Nervenaffektionen wirksam waren.

Faßt man das vorgelegte Material zusammen, so kann man wohl sagen, daß es sich bei dem familiär-gehäuften Auftreten nervöser postdiphtherischer Erkrankungen um Kinder handelte, deren Nervensystem von Natur aus und besonders durch alkoholisch-toxische Einflüsse geschwächt dem angreifenden Diphtherietoxin einen geringeren Widerstand entgegenzusetzen hatte, als dies im allgemeinen bei Kindern der Fall zu sein pflegt. Es ist klar, daß ein solches unterstützendes Moment nicht immer durch den Alkohol gegeben sein muß — die Kinder halfen ihrem Vater bei der Bedienung der Gäste und waren seit Jahren an ein tägliches Quantum Bier von ca. $^1/_2$—$^3/_4$ Liter gewöhnt —, es empfiehlt sich aber auch in anderen Fällen auf derartige, seien es hereditäre oder toxische Momente zu fahnden.

Im Charakter der Epidemie lag das Entstehen von Lähmungen nicht begründet.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

K. Hochsinger, Die gesundheitlichen Lebensschicksale erblich-syphilitischer Kinder. (Aus dem I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 24 u. 25.) Eine ungemein fleißige und eingehende Studie, die sehr lehrreiche Details bringt.

Aus den Dauerbeobachtungen geht hervor, welchen schweren schädigenden Einfluß die Syphilis der Vorfahren auf die körperliche und geistige Entwicklung der Nachkommenschaft ausüben kann. Gegenüber dieser betrübenden Tatsache, daß so häufig eine dauernde Stigmatisierung der von luetischen Aszendenten stammenden Kinder in somatischer und psychischer Hinsicht festgestellt wurde, ergaben sich aber auch manche erfreulichen Momente. Erfreulich ist es zu nennen, daß in einem unter relativ ungünstigen Lebensverhältnissen aufwachsenden Material von erbsyphilitischen Kindern doch ungefähr 25 % gesunde Menschen geworden sind. Erfreulich ist auch, daß H. eine relativ geringe Erstjahrssterblichkeit (ca. 14 %) unter den 208 Kindern der 134, in Dauerevidenz geführten Familien feststellen konnte.

Grätzer.

R. Pollak und **B. Mautner,** Über Frühsymptome der Serumkrankheit. (Aus dem Kinderspital der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 25.) Die Verff. kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Das häufigste Frühsymptom der Serumkrankheit ist die regionäre Drüsenschwellung.

2. Beinahe jedes Individuum macht auch nach erstmaliger Applikation von Pferdeserum eine Serumkrankheit im weitesten Sinne des Wortes durch, die aber in vielen Fällen (bei kleinen Dosen) nur rudimentär verläuft, d. h. bei Erstinjizierten beobachtet man sehr häufig schon in den ersten Tagen nach der Injektion flüchtige, wenig ausgesprochene Lokalexantheme und geringgradige regionäre Drüsen-

schwellungen. Erscheinungen, die leicht der Beobachtung entgehen können, dagegen tritt

3. bei Zweitinjizierten immer eine intensive, nicht zu übersehende Serumkrankheit auf. Das ist vor allem der kardinale Unterschied zwischen einem erstinjizierten und einem vorbehandelten Individuum.

4. Bezüglich der Eintrittszeit der Serumerscheinungen können wir sagen, daß auch bei Erstinjizierten die Serumreaktion sehr häufig frühzeitig in Erscheinung tritt: Der Unterschied zwischen Erst- und Zweitinjizierten liegt nicht so sehr in dem Zeitpunkt des Auftretens der Reaktion, als in der Intensität der Erscheinungen. Mit anderen Worten: Nicht die frühzeitige, sondern die verstärkte Reaktion ist das Charakteristikum der Serumerscheinungen beim zweitinjizierten Individuum.

Grätzer.

J. K. Friedjung, Bemerkungen über den Habitus tuberculosus im frühen Kindesalter. (Aus dem I. öffentl. Kinder-Krankeninstitut in Wien.) (Ebenda.) Aus den interessanten Bemerkungen seien folgende wiedergegeben:

„In den drei ersten Lebensjahren ist die früher zumeist schwierige Frühdiagnose der Tuberkulose durch die spezifischen Proben außerordentlich vereinfacht. Jenseits des zehnten Jahres genügen uns fast immer die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung und genauen klinischen Beobachtungen zur Stellung der Tuberkulosediagnose. In den dazwischen liegenden Altersstufen aber ist die Frühdiagnose auch heute noch sehr schwierig und unsicher. Dazu muß aber noch eine Ergänzung gemacht werden: Die Erleichterung, die uns die Tuberkulinprobe für die ersten Lebensjahre auf der Klinik bietet, dürfen wir uns in der Privatklientel nicht immer bedenkenlos zunutze machen. Die Natur dieser Probe ist in den Laienkreisen so bekannt, daß ihr positives Ergebnis die Angehörigen leicht in die größte Besorgnis versetzt, und wir würden unserem Berufe schlecht dienen, wenn wir unserer diagnostischen Bequemlichkeit zuliebe wichtige Pflichten der Schonung vernachlässigen wollten. Dieses berechtigte Bedenken hat aber zur Folge, daß wir als Arzte außerhalb des Krankenhauses zur Diagnose der Tuberkulose in den ersten drei Lebensjahren meist nicht leichter gelangen werden, als in den folgenden sieben.

Wenn der Habitus phthisicus etwa schon im früheren Lebensalter nachweisbar wäre, so könnte er für eine zweifelhafte Diagnose eine wertvolle Stütze werden. In der Tat finden wir das charakteristische Bild, das vor allem durch die bekannte Thoraxform bestimmt ist, bei älteren Kindern, je mehr sie sich der Pubertät nähern, um so häufiger. Je jünger die Kinder aber sind, desto verwischter ist gerade dieser Zug des Bildes und um so wertvoller sind uns dann einige andere Züge."

„Um so bemerkenswerter mußte es deshalb scheinen, wenn R. Pollak kürzlich in einem sehr lehrreichen Vortrage von dem ‚bekannten tuberkulösen Habitus junger Kinder' sprach: ‚An den meisten der überlebenden (sc. nach einer sichergestellten tuberkulösen Infektion) Säuglinge — und je älter diese sind, desto ausgesprochener — sieht

man einen Symptomenkomplex, den man bisher als den tuberkulösen Habitus bezeichnet hat. (Die Kinder sind blaß, mager, von schlaffer Muskulatur, haben meist auffallend lange Wimpern und eine Behaarung zwischen den Schulterblättern und an den Schläfen.) Dieser tuberkulöse Habitus entwickelt sich erst nach Monaten nach stattgehabter Infektion, am Anfang der Erkrankung ist keine Spur von ihm vorhanden. Zirka ein halbes Jahr nach Beginn der Tuberkulose beim Säugling ist der tuberkulöse Habitus mehr oder minder deutlich ausgeprägt. Der mit Tuberkulose infizierte Säugling, der seine Tuberkulose in das zweite Jahr hinein überlebt, fällt also sehr oft einer Allgemeinstörung anheim, die als der tuberkulöse Habitus bekannt ist.' Pollak liefert also nicht nur eine recht gute Beschreibung des Bildes, sondern gibt ihm auch eine so bestimmte Deutung, daß sein diagnostischer Wert von geradezu ausschlaggebender Bedeutung sein müßte.

Mein besonderes Interesse fanden diese Thesen aus zwei Gründen. Erstens weise ich schon seit etwa 10 Jahren alle Kollegen, mit denen ich zusammenarbeite und so auch vor Jahren schon den Autor des genannten interessanten Vortrages auf den charakteristischen Habitus hin, dem wir bei tuberkulösen Kindern oft begegnen: neben der Abmagerung, dem paralytischen Thorax, der zuerst feinen, später trockenen Haut, besonders das häufige Zusammentreffen blonder Kopfhaare und dunkler, langer Augenwimpern, ferner einer an der äußeren Peripherie schwarz umränderten, sonst tiefblauen Iris, mehr oder weniger dunkler, auffälliger Lanugo zwischen den Scapulae, über dem Musculus deltoideus, an der Streckseite der Unterarme, manchmal auch der Unterschenkel und an den Schläfen, oft bis auf die Wangen hinab. Ähnliche Erscheinungen weisen auch brünette Kinder auf, nur fehlt hier der Gegensatz der Farbe des Kopfhaares und der Wimpern. Da ich diese Zeichen an den äußeren Decken so oft mit unzweifelhafter Tuberkulose vergesellschaftet fand, an Augen und Kopfhaar auch bei Erwachsenen, so lag die Vermutung eines engeren Zusammenhanges wohl nahe und ich gewöhnte mich, ihn auch für die Diagnose zu verwerten. Dabei war es mir jedoch unklar, ob der Habitus oder die tuberkulöse Infektion das Primäre sei. Denn konnte man im Sinne älterer Autoren meinen, ein bestimmter Korperhabitus bedeute eine Prädisposition oder, wie wir jetzt sagen, einen besonders günstigen Nährboden für das tuberkulöse Virus, so war es doch auch denkbar, daß die tuberkulöse Infektion gewisse trophische Störungen zur Folge habe, deren Gesamtheit als „phthisischer Habitus" in Erscheinung träte. Wir finden ja Analoges in der Pathologie der Syphilis (Alopezie, Vitiligo, parasyphilitische Dystrophie), ja auch akuter Infektionen (Haarausfall nach Typhus, quergefurchte Nägel nach Scharlach). Da sich der geschilderte Habitus vielfach bis ins erste Lebensjahr zurückverfolgen ließ, schien mir die erste Deutung die wahrscheinlichere; denn ich konnte nicht annehmen, die tuberkulöse Infektion reiche so oft bis in die Säuglingszeit zurück. Als aber v. Pirquet seine kutane Tuberkulinprobe bekannt machte, schien mir die Zeit zur Klärung dieser kleinen Detailfrage gekommen. Schon vor Jahresfrist unterzog ich eine Anzahl von Kindern, die um die

erste Jahreswende herum den charakteristischen Habitus ohne manifeste Tuberkulose zeigten, dieser Probe. Die Mehrzahl dieser Impfungen ergab mir ein negatives Ergebnis und ich brach die Versuche ab. Und das ist der zweite Grund, warum mich Pollaks Angaben so besonders interessierten: sie standen im Widerspruche mit meinen Erfahrungen. Denn wenn er auch in einem Teile seiner Fälle die Probe nach v. Pirquet mit der Stichreaktion nach Hamburgers Vorgange ergänzte, so konnte das doch die große Kluft zwischen seinen und meinen Befunden nicht überbrücken. Ich beschloß also, noch eine Anzahl von Fällen zu prüfen, ehe ich eine Kritik der Behauptungen Pollaks wagte. Ich verfüge nun über 29 Beobachtungen an Kindern zwischen 5 und 26 Monaten mit dem namentlich an Haaren und Wimpern, Augen und Schläfenlanugo kenntlichen Habitus ohne manifeste Tuberkulose. Die Probe wurde mit verdünntem Alttuberkulin, sonst entsprechend der v. Pirquet publizierten und demonstrierten Technik gemacht. In zweifelhaften Fällen wurde die Impfung wiederholt. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle:

Alter der Kinder	5 Mon.	8 Mon.	9—12 Mon.	12—15 Mon.	15—18 Mon.	18—24 Mon.	24 Mon.	26 Mon.	Summe
Anzahl der Fälle	1	1	6	8	5	6	1	1	29
Davon: positiv	—	—	2	1	2	4	1	1	11
negativ	1	1	4	7	3	2	—	—	18

Es fällt die immerhin ungewöhnlich hohe Zahl der positiv Reagierenden auf, von 29 Fällen 11, das sind fast 38 %, Vergleichen wir damit v. Pirquets Befund an nicht manifest Tuberkulösen — von 6—12 Monaten 3 %, von 1—2 Jahren 2 %, von 2—4 Jahren 13 % positiv — so erhält jener Befunde erst sein volles Relief. Ja, selbst Hamburger fand mit seiner empfindlicheren Prüfung im zweiten Jahre unter 46 Kindern nur 4 positiv reagierende, also etwa 9 %.

Ferner fällt in der Tabelle die mit dem Alter zunehmende Häufigkeit der positiven Reaktion auf, so daß mit dem vollendeten zweiten Jahre vielleicht schon die meisten Träger des geschilderten Habitus positiv reagieren, während allerdings die niedrigen Altersstufen trotz der typischen Zeichen des Integuments zumeist negativen Pirquet geben. Diese Befunde bestätigen also zweifellos die Bedeutsamkeit des Symptomenkomplexes und rechtfertigen seine diagnostische Verwertung. Dennoch widersprechen sie der eindeutigen Auffassung Pollaks und verlangen eine vorsichtigere Erklärung. Da der hier diskutierte Habitus um so öfter mit einer positiven kutanen Tuberkulinreaktion zusammentrifft, je älter das Kind ist, während die jüngsten Altersstufen auch bei wiederholter Probe fast immer negativ reagieren, so läge die Auffassung des eigenartigen Habitus als prädisponierenden Momentes nahe. Diese vage Aufstellung wird manchen wenig befriedigen und es wäre immerhin auch die Deutung möglich, daß die Pigmentorgane des Integumentes im frühesten Kindesalter so besonders empfindliche Indikatoren für die

erfolgte Infektion mit Tuberkelbazillen sind, daß ihre Reaktion der kutanen nach v. Pirquet vorauseilt. Indes die schönen Beobachtungen gerade Pollaks über die Tuberkulinreaktion an Säuglingen, deren Infektion aller Wahrscheinlichkeit nach erst wenige Wochen vorher stattfand, lassen mir diese Deutung unannehmbar erscheinen. Hier ist eben noch eine Unklarheit zu lösen. An den Beziehungen des geschilderten Habitus zu der Tuberkulose ist nach klinischen Beobachtungen nicht zu zweifeln, eine große Zahl seiner Träger erweist sich schon in frühem Alter nach v. Pirquet als tuberkulös. Die Art des Zusammenhanges ist nicht zu ermitteln, dürfte aber nicht so einfach sein, wie sie Pollak glaubte auffassen zu dürfen." Grätzer.

N. B. Nicoletopoulos (Constantza), La fatigue comme cause de l'énurésie chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Septembre 1910.) Die Ätiologie der Enuresis nocturna ist noch nicht vollkommen klargelegt und es sind diesbezüglich zahlreiche Meinungen ausgesprochen worden. Der Verf. fügt nun denselben eine neue hinzu, indem er das nächtliche Bettnässen auf Übermüdung der betreffenden Kinder zurückführt. Es werden mehrere einschlägige Fälle mitgeteilt, wo man dies dadurch feststellen konnte, daß die Kinder an jenen Tagen, in welchen sie durch angestrengtes Spielen abends übermüdet waren, während der Nacht den Harn unwillkürlich im Bett ließen, wenn sie aber hiervon abgehalten wurden und sich ruhig verhielten, dies nicht taten.

Die Verbindung zwischen übermäßiger körperlicher Bewegung und Bettnässen wäre vielleicht darin zu suchen, daß durch erstere eine übermäßige Harnsäureausscheidung bewirkt wird und der hyperazide Harn, wie bekannt, zu Bettnässen anregt. Andere Gründe konnten bei den betreffenden Kindern, trotz eifrigen Nachforschens, nicht aufgefunden werden. E. Toff (Braila).

J. P. Cardamatis, La malaria infantile. (Archives de méd. des enf. Septembre 1910.) Der Verf. hat bei einer großen Anzahl von Kindern Blutuntersuchungen vorgenommen und hauptsächlich auf Malariaplasmodien gefahndet. Er konnte feststellen, daß Neugeborene und Säuglinge viel weniger von der Krankheit befallen werden, als Erwachsene, vielmehr eine gewisse Immunität während der ersten drei Lebensmonate darbieten. Hauptsächlich ist dieselbe während des ersten Lebensmonates ausgesprochen. Auch während des ersten Jahres ist die Morbidität eine viel geringere als in den späteren Jahren des Kindesalters.

Eine angeborene Malaria konnte nicht aufgefunden werden und es kann mit Sicherheit behauptet werden, daß eine solche überhaupt nicht existiert. Wahrscheinlich enthält das Blut des Fötus Stoffe, welche die Plasmodien abtöten, denn schon in der Plazenta kann ein Unterschied bei malariakranken Frauen festgestellt werden, indem in der mütterlichen Seite derselben viel mehr Plasmodien gefunden werden, als in der fötalen. Im Blute des Nabelstranges hingegen werden keine Malariaplasmodien gefunden.

Man findet bei Kindern sowohl chronische, als auch akute Malariaformen, doch sind erstere viel häufiger. Der Grund dürfte vielleicht

auch dieser sein, daß man bei kleinen Kindern das Auftreten der Krankheit viel später bemerkt und daß auch die Behandlung nicht in genügend energischer Weise vorgenommen wird. Die Blutuntersuchungen haben gezeigt, daß man bei Kindern ebenso die Vivax- und Präkoxformen, als auch die Quartanformen findet, wie beim Erwachsenen. Nicht alle Kinder aber, welche in ihrem Blute Hämatozoarien haben, sind auch malariakrank, vielmehr konnten Fälle beobachtet werden, wo derartige Träger sich vollkommen wohl befanden und keinerlei Fieberanfall dargeboten hatten.

Die Malariaanfälle kleiner Kinder unterscheiden sich von denjenigen der Erwachsenen dadurch, daß meistens das Frost- oder Schweißstadium fehlt. Das Hitzestadium dauert einige Stunden oder wird kontinuierlich und kompliziert sich mit Diarrhöe, deren Natur nur durch die mikroskopische Untersuchung des Blutes festgestellt werden kann. Starke Milzschwellungen und Malariakachexien sind im Kindesalter keine Seltenheit.

E. Toff (Braila).

Marcel Breuer, Du noma. (Archives de méd. des enf. Sept. 1910.) Der Verf. hat Gelegenheit gehabt, bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde einen Fall von Noma eingehend zu beobachten und auch bakteriologische Untersuchungen anzustellen. Die Krankheit begann mit Schmerzen im Munde, es erschien eine rote Stelle an der Oberlippe, welche sich beiderseitig ausbreitete und in kurzer Zeit sich in eine ausgebreitete Gangrän der Teile verwandelte. Das Zahnfleisch in der Gegend der Schneidezähne war schwarz, gangränös, die Zähne fielen aus, und auch die Zunge zeigte an ihrer vorderen Fläche eine brandige Stelle. Nach 8 Tagen, als das Kind starb, hatte die Nekrose die ganze Oberlippe und den unteren Teil der Nase befallen.

In den Strichpräparaten, welche aus den nekrotischen Teilen gemacht wurden, fand man zahlreiche Mikroorganismen, aber hauptsächlich einen dicken Bazillus, welcher große Ähnlichkeit mit dem von Schimmelbusch 1889 bei derselben Krankheit beschriebenen darbot. Derselbe hatte abgerundete Ecken, war leicht gebogen, färbte sich gut mit Toluidinblau und Gentianaviolett und entfärbte sich mit Gramscher Lösung. Im Blute war der Bazillus nicht zu finden, und ein nekrotisches Gewebestückchen unter die Bauchhaut eines Kaninchens gebracht rief eine von einer braunen Kruste bedeckte Verhärtung hervor, aber keinen Abszeß, was auch mit den Ergebnissen anderer Forscher übereinstimmt.

Ob der beschriebene Bazillus der Erreger der Krankheit ist, kann noch nicht bestimmt gesagt werden, und möglicherweise handelt es sich bei derselben um eine Bazillenassoziation, die sich auf einem durch vorhergehende Krankheit geschwächten Organismus entwickelt und zur beschriebenen Nekrose führt.

E. Toff (Braila).

Genaro Sisto (Buenos Aires), Les cris chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. (Archives de méd. des enf. 1910. Nr. 8.) Es ist Tatsache, daß Säuglinge nicht ohne Grund schreien, namentlich nicht längere Zeit hindurch, sondern nur aus Hunger, oder weil sie Schmerz verspüren, oder sonst sich unbehaglich fühlen. Hereditärsyphilitische Kinder schreien außerordentlich viel und anhaltend und

der Verf. ist der Ansicht, daß dies auf Schmerzen in der Epiphysengegend der großen Knochen zurückzuführen ist. Man kann sogar umgekehrt von vielem und anhaltendem Schreien bei Säuglingen, wofür kein Grund auffindbar ist, auf hereditäre Lues schließen und durch eine entsprechende antisyphilitische Behandlung dasselbe zum Stillstand bringen.

Der Verf. bringt zahlreiche Beispiele, um seine Meinung zu stützen, und zeigt auch durch entsprechende Röntgenbilder, daß bei den betreffenden Kindern Veränderungen in den Epiphysen bestanden haben, auf welche wahrscheinlich die persistierenden, oft nokturnen Schmerzen und das unaufhörliche Schreien zurückzuführen waren.

E. Toff (Braila).

H. Martin, Tétanos suraigu terminé par la guérison. (Bull. et Mém. Soc. des hôp. 25. Juni 1909.) 9 Tage nach der Verletzung mit einem Rechen bekam das Kind Trismus und Nackenstarre. Da diese Kontrakturen trotz zweimaliger Injektion von Tetanusserum nicht verschwanden — die eine davon eine intravenöse von 80 ccm — wurden die Einspritzungen mehrere Tage hintereinander in der Stärke von 40 ccm, morgens und abends, wiederholt. 17 Tage nach Beginn des Tetanus entwickelte sich eine Bronchitis und Bronchopneumonie. Trotzdem erfolgte gänzliche Heilung. H. Netter (Pforzheim).

M. P. E. Combe, Un cas de méningite cérébrospinale méningococcique et tuberculeuse. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 22. April 1910.) Verf. berichtet über die Beobachtung eines Kranken, der nach 8tägigem Kranksein einer akuten Zerebrospinalmeningitis erlag. Diese Meningitis war hervorgerufen durch eine Assoziation des Meningokokkus und des Kochschen Bazillus.

Die Meningokokkennatur der Krankheit wurde gleich bei Beginn durch die Präzipitinreaktion erwiesen und bei der Autopsie durch den Nachweis des Meningokokkus in den Meningen verifiziert. Der Kochsche Bazillus trat in der Spinalflüssigkeit erst am Tag vor dem Tode auf. Die Autopsie bestätigte die intra vitam gemachten bakteriologischen Feststellungen, indem sie die Anwesenheit der beiden pathogenen Keime in den Hirnhäuten zeigte; gleichwohl wiesen diese keine spezifischen tuberkulösen Veränderungen auf, weder makroskopisch noch mikroskopisch. H. Netter (Pforzheim).

Dominici, Chéron und **Barbarin,** Guérison d'un hémolymphangiome profond par le radium. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 6. Mai 1910.) Träger desselben (10 cm im Durchmesser) war ein 8 monatiges Kind, Sitz die linke Regio supraclavicularis. Die Neubildung wurde behandelt durch Einführung einer 0,05 g reines schwefelsaures Radium enthaltenden silbernen Röhre von 5 mm Wandstärke. Die Tube blieb 24 Stunden im Zentrum des Tumors. Dieser Applikation folgte eine Art kongestiver Reaktion, worauf der Tumor eine völlige Rückbildung erlitt, derart, daß die Heilung als definitiv betrachtet wird. H. Netter (Pforzheim).

Le Jemtel, Gastrotomie pour corps étranger chez un enfant de neuf mois. (Bulletins et Mémoires Soc. de chir. de Paris.

1909.) Das Kind hatte seine Speichellatznadel verschluckt. Starke Atemnot, die sich aber rasch legt. Am folgenden Tag Feststellung der offenen Nadel mit der Spitze nach oben, durch Radioskopie in der Höhe des Manubrium sterni. Eine instrumentelle Extraktion wird als zu gefährlich verworfen, vielmehr daran gedacht, den Fremdkörper in den Magen zu drängen. Das Kind gelangt dazu ganz allein im Laufe des Tages; dann am folgenden Morgen findet man die Nadel im Magen wieder. Nachdem man dann, unter Kontrolle der Radioskopie, 48 Stunden vergeblich auf eine spontane Wanderung gewartet hatte, entfernte Verf., eine Anspießung der Magenwand fürchtend, den Fremdkörper durch Gastrotomie. H. Netter (Pforzheim).

J. O. Crozer Griffith, Der Tod durch Thymushypertrophie mit Bericht von 7 Fällen von plötzlichem Tod in derselben Familie. (New York medical Journal. 4. September 1909.) Verf. hatte Gelegenheit, eine Familie zu beobachten, in welcher von 8 Kindern (nicht inbegriffen ein totgeborenes und ein 7 Monatskind, das nur 24 Stunden gelebt hatte), 7, obgleich gut ernährt, im Alter von 1—8 Monaten unter mehr oder weniger gleichen klinischen Erscheinungen starben: immer handelte es sich um eine leichte Bronchitis, auf die ein plötzlicher Tod erfolgte, mitten unter den Zeichen von Zyanose und Dyspnoe, die sich rapid innerhalb einiger Stunden oder eines Tages entwickelten, ohne daß hierfür eine Trachealstenose hätte beschuldigt werden können. Bei einen dieser Kinder konnte die Autopsie gemacht werden, die eine Hypertrophie der Thymus ergab: das Organ erstreckte sich nach unten bis in die Höhe der Vorhofkammerscheidewand und hatte eine Länge von 7 cm : 4 cm Breite; die Dicke betrug $2^1/_2$ cm und das Gewicht $27^1/_2$ g. Eine Kompression der Trachea lag nicht vor, wohl aber schien die Thymus die großen Halsgefäße zu komprimieren. Bei der engen Analogie der klinischen Erscheinungen, die von allen fraglichen Kindern geboten wurden, ist Verf. zu der Annahme geneigt, daß bei den 6 Brüdern oder Schwestern des kleinen Kranken der Tod ebenfalls durch eine Thymushypertrophie veranlaßt worden ist.

Wie dem auch sein mag, die mitgeteilten Tatsachen bilden einen neuen Beitrag zum Kapitel des plötzlichen familiären Todes, der indes nicht so exzeptionell ist, als es Verf. anzunehmen scheint, da außer der vom Verf. zitierten Mitteilung von Hedinger noch andere gleichartige Fälle publiziert sind, so besonders von Morquio, der die Geschichte einer infantilen und familären Krankheit berichtet hat, die charakterisiert war durch permanente Pulsschwankungen, durch synkopale und epileptiforme Attacken und plötzlichen Tod, der von 8 Kindern einer Familie bereits 5 dahingerafft hatte.

H. Netter (Pforzheim).

H. J. Gerstenberger, Clinical and observations in a case of prolonged infantile tetany. (The Cleveland medical Journal. November 1909.) Das 14 Monate alte, farbige, in dürftigen Verhältnissen lebende Kind (Mädchen) wurde bis zum 6. Monat gestillt, bekam die beiden folgenden Monate außer der Brust Fleisch, Reis, Brot, Fleischbrühe. Danach wurde Dyspepsie und Rachitis konstatiert. Mit 9 Monaten wurde es abgestillt.

Status am 19. Dezember 1908. Seit einem Monat bemerkt die Mutter Steifigkeit und eine eigenartige Haltung der Fingerkarpopedalspasmen an Händen und Füßen, Laryngospasmus, Chvosteksches Zeichen, gesteigerte elektrische Erregbarkeit (1/2 Milliampere genügt zur Erzeugung von Kontraktionen).

Behandlung: Ol. Ricini (1/2 Kaffeelöffel), Unterdrückung der festen Nahrung, Reiswasser bis zum folgenden Tag, dann zur Hälfte verdünnte Milch (500 āā) auf 5 Mahlzeiten in 24 Stunden.

Zu bemerken ist, daß das Kind seit einer Woche keine Milch und in den drei letzten Monaten nur eine sehr geringe Menge zu sich genommen hatte.

Diese vegetarische und ausschließliche Kohlehydratnahrung kann die Tetanie erklären. Da nach 4 Tagen die Besserung auf sich warten ließ, wurde 2 mal pro die 12 cg Kalziumazetat injiziert.

Am 27. Dezember wird das Kalzium durch Einspritzungen von Rinds Nebenschilddrüse ersetzt, ohne Resultat.

Vom 4.—27. Januar 1909 keine Änderung der Kontraktur, des Karpopedalspasmus, des Spasmus glottidis, des Chvostekschen Phänomens.

Die Persistenz der Symptome trotz der Anwendung der als am meisten wirksam geltenden Maßnahmen führt Verf. zu der Ansicht, daß die Tetanie in diesem Fall weder auf eine Insuffizienz der Nebenschilddrüsen noch auf eine solche des Kalziumstoffwechsels zurückzuführen ist.

H. Netter (Pforzheim).

J. V. Cooke, Die Ausscheidung von Kalzium und Magnesium nach der Parathyroidektomie. (Journ. of Experim. Med. 1910. Bd. XII. Heft 1.) Vor nicht langer Zeit haben Max Callum und Voegtlin uns mit den Resultaten ihrer Untersuchungen bekannt gemacht, die zeigen sollten, daß bei den ihrer Nebenschilddrüsen beraubten Tieren während der Tetanie eine bemerkenswerte Herabsetzung des Kalziumgehaltes der Gewebe, besonders des Blutes und Gehirns eintritt, während hingegen Urin und Fäzes einen gesteigerten Kalziumgehalt aufweisen. Nach den genannten Forschern sollen die Kalziumsalze einen sedativen Einfluß auf die Nervenzellen ausüben, derart, daß die Parathyroidektomie durch Erzeugung einer Verarmung der Gewebe an Kalzium, eine Übererregbarkeit der Nervenzellen mit konsekutiver Tetanie herbeiführen. Verf. hat nun eine Reihe experimenteller Untersuchungen angestellt zur Klärung der Frage, ob eine gesteigerte Kalziumausscheidung im Laufe der Tetanie bei den während einer langen Zeitperiode beobachteten Tieren besonders stark hervortritt und ob diese Vermehrung sich ausschließlich nur auf die Kalziumsalze bezieht oder sich auch auf die Magnesiumsalze erstreckt.

Ausgehend von der Erwägung, daß während der Tetanie die Tiere oft die Nahrung verweigern, und daß selbst wenn die künstliche Überwindung dieser Schwierigkeit gelingt, die Nahrung nicht behalten wird, hat es Verf. für zweckmäßig gehalten, in einer ersten Versuchsreihe die Ausscheidung von Kalzium und Magnesium bei den einem konstanten Regime unterworfenen Tieren (Hunden) und bei fastenden Tieren zu studieren. Da während des Fastens die Salzausscheidung

erheblich herabgesetzt ist, bietet diese Art des Vorgehens den Vorteil, daß die Schwankungen in der Ausscheidung deutlicher hervortreten. In einer zweiten Versuchsreihe kam es Verf. darauf an, die Ausscheidung von Kalzium und Magnesium zu bestimmen bei Tieren, die einer konstanten Diät unterworfen waren, der eine Fastperiode folgte, während der die Abtragung der Nebenschilddrüsen ausgeführt wurde.

Aus den Experimenten geht hervor, daß das Gehirn der an Tetanie eingegangenen Hunde eine etwas größere Menge Kalzium enthält als das Gehirn normaler Hunde, ein Ergebnis, das zu beweisen geeignet ist, daß die von Mac Callum und Voegtlin behauptete Verarmung des Gehirns an Kalzium weit davon entfernt ist, eine konstante Erscheinung der Tetanie zu bilden. Was das Magnesium betrifft, so ist sein Gehalt nahezu der gleiche bei normalen wie bei tetanischen Tieren.

Der Gehalt der Fäzes an Kalzium und Magnesium ist bei normalen und nebenschilddrüsenlosen Tieren identisch.

Die Ausscheidung von Magnesium mit dem Urin erfolgt bei den einem konstanten Regime unterworfenen ganz wie bei den fastenden Hunden parallel der Kalziumausscheidung, wobei die Elimination beider Körper während der Fastperiode beträchtlich vermindert war. Nach der Parathyroidektomie steigt bei dem fastenden Tier die Ausscheidung von Magnesium bedeutend an, während diejenige von Kalzium unverändert bleibt. Diese Steigerung setzt vor dem Manifestwerden der Tetanie ein.

H. Netter (Pforzheim).

R. Cranston Low, Xanthoma tuberosum multiplex, with lesions in the heart and tendon-sheaths. (British Journ. of Dermat. April 1910.) Das 11 jährige, bisher gesunde Mädchen aus gesunder Familie zeigte einige Zeit nach einer Verwundung durch Überfahren die ersten xanthomatösen Schwellungen, welche sich allmählich über Hände, Arme, Beine und Gesäß verbreiteten, teils als Knoten unter geröteter Haut, teils als gelbliche, lobuläre Massen. Die histologische Untersuchung konnte die Xanthomzellen, welche fettige Substanz enthielten, deutlich nachweisen. Die Tumormasse hatte die Papillen verdrängt und lag im Korium direkt unter dem Epithel. Nähere Untersuchungen ließen vermuten, daß der xanthomatöse Prozeß auch Sehnenscheiden, Herz vielleicht auch die Leber ergriffen hatte. Es bestanden Schwindelanfälle und Schwächegefühl.

Max Joseph (Berlin).

L. Miserocchi, Palpable und bewegliche Nieren bei Kindern. (Riv. di Clin. pediatr. 1910. Nr. 5.) M. hat 1600 Kinder unter 10 Jahren, davon 980 unter 2 Jahren, auf bewegliche Nieren untersucht. Er band palpable Nieren bei 332, bewegliche Nieren bei 58, nichtpalpable Nieren bei 1210 Kindern, ektopische Nieren in in keinem Falle. Die Prozentzahl der beweglichen Nieren war also 3,62, die der palpablen 20,75. Mädchen hatten 4 mal so oft palpable, 3 mal so oft bewegliche Nieren als Knaben; die rechte Niere war 3 mal so oft palpabel, 6 mal so oft beweglich als die linke. Da man

bei Kindern fast alle Ursachen einschließen kann, die die Entstehung der Nierenptose bei Erwachsenen veranlassen oder begünstigen, so muß man an eine allgemeine Schwäche des Organismus denken, die sich besonders bei Mädchen geltend macht, verbunden mit verminderter Widerstandsfähigkeit der die Nieren festhaltenden Organteile, in manchen Fällen mag man auch an eine mangelhafte Wanderung der Eingeweide an ihre physiologische Stelle denken. M. Kaufmann.

G. Menabuoni, Infektionen durch den Bacillus haemophilus bei Neugeborenen und Säuglingen. (Clin. med. Ital. 1910. Nr. 2.) Verf. veröffentlicht aus der Florentiner Kinderklinik 3 Fälle mit genauem histologischen und bakteriologischen Befund, die dartun, daß Säuglinge und besonders Neugeborene leicht einer Infektion durch den Bacillus haemophilus zum Opfer fallen, einer Infektion, die einen sehr bösartigen Charakter annimmt und sowohl durch schwere lokale Veränderungen wie auch durch das Eindringen des Bazillus in den Blutkreislauf gekennzeichnet ist. M. Kaufmann.

P. Lilla, Über die gangränöse Lymphangitis des Skrotums bei Neugeborenen. (Gazz. d. osp. 1910. Nr. 3.) Die gangränöse Lymphangitis des Hodensackes Neugeborener, von der nur wenige Fälle in der Literatur beschrieben sind, soll stets einer Infektion von der Nabelwunde aus ihre Entstehung verdanken. Verf. hat dagegen einen Fall beobachtet, in dem mit Sicherheit eine andere Affektion, nämlich ein Furunkel über den Pubes, die Skrotalerkrankung verursachte. M. Kaufmann.

G. Giarratana, Ein Fall von essentiellem Ödem der Kinder. (Gaz. d. osp. 1910. Nr. 13.) Das essentielle Ödem der Kinder verdankt nach einigen Autoren seine Entstehung einer Undurchgängigkeit der Nieren oder einer Chlorretention, nach anderen einer Erkältung, einer Infektion, einer vorübergehenden Herzschwäche. In dem vorliegenden Fall, einem 4jährigen Kinde, bestand sowohl eine vorübergehende Herzschwäche als auch eine Intoxikation durch eine chronische Dyspepsie. M. Kaufmann.

G. Ghetti, Zwei mit Bromkampfer geheilte Choreafälle. (Gaz. d. osp. 1910. Nr. 30.) Es handelte sich um ein 7 und 9jähriges Kind. Die Dosierung des Bromkampfers war 3—4 × tägl. 0,5, eine Dosis, die sehr gut ertragen wurde und rasche Heilung herbeiführte. Das Medikament ist nach Ansicht des Verf.s der Arsenkur weit vorzuziehen. M. Kaufmann.

G. C. Schiffen, Erfahrungen über Serumkrankheit. (Mitteilungen aus dem Wilhelmina-Krankenhause in Amsterdam.) In 20,1% der Fälle (200) sah Verf. ein Exanthem auftreten, wovon die Hälfte der Fälle mit Fieber einherging. Die Inkubation ist gewöhnlich 7—11 Tage, selten kam Albuminurie und Schmerzhaftigkeit in den Gelenken, am meisten in den Halswirbeln und oberen Brustwirbeln vor.

Prophylaktisch wurde chlorsaures Kalzium verabreicht, auf Grund Wrigts Meinung über die verminderte Grinnungsfähigkeit des Blutes bei Urtikaria, 0,5—1 g pro die an drei aufeinanderfolgenden Tagen.
Ootmar.

C. E. Bloch, Über periodisches Erbrechen und Azetoneausscheidung bei Kindern. (Hospitalstidende. 1910. Nr. 23.) Im Anschluß an einen Fall bespricht der Verf. die Krankheit. Es handelte sich um einen ca. 3jährigen Knaben, der im Verlaufe von 5 Vierteljahren 6 Anfälle hatte. Die Azetoneausscheidung schien sekundär, sofern sie nicht bei dem Anfang der Anfälle, sondern erst während des Gipfels des Anfalles vorhanden war. Der Patient litt an Hysterie, und der Verf. betrachtet dieselbe, vielleicht in Verbindung mit den vorhandenen dyspeptischen Symptomen (Obstipation) und der großen Neigung zu Azetonbildung, als die Ursache des merkwürdigen Leidens.
Adolph H. Meyer.

A. Winternitz, Doppelseitig operierte Nephrolithiasis. Orvosi Hetilap. 1910. Nr. 91.) Bei einem 13 Jahre alten Mädchen zeigten sich intensive krampfartige Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Spezifisches Gewicht des Urins 1007, beim Zentrifugieren fand man rote Blutkörperchen vor. Bei der Röntgenuntersuchung zeigten sich in beiden Nieren Schatten. Beim Ureterkatheterismus war der Erfolg rechts negativ, links zeigte der Urin 0,61 Gefrierungspunktsenkung. Pyelotomie rechts, da aber an beiden Polen der Niere auch Steine vorhanden waren, folgende Nephrotomie; nach 1 Monat Pyelotomia lat. sin. — vollständige Heilung.
Ernö Deutsch (Budapest).

R. Katz, Kopfschmerzen im schulpflichtigen Alter infolge von temporärer Augenschwäche. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 38.) Der Zusammenhang zwischen Kopfschmerz und ungenügender Funktion der Augen kann von Brechungsanomalien der Augen oder auch von nervösen Störungen herrühren. Die kolossale Verbreitung von Kopfschmerzen unter der lernenden Jugend ist aus einer Statistik des Departements für Volksbildung zu ersehen: von 116458 Schülern litt einer unter 10 an Kopfschmerzen. Diese Schulkopfschmerzen sind dadurch charakterisiert, daß sie jeden Tag zu einer und derselben Stunde auftreten. Wenn diese Kopfschmerzen auch von der geistigen Übermüdung der Schüler in der Stickluft der Klassenzimmer herrühren, so können sie doch anderseits auch zu einer temporären Sehschwäche in Beziehung stehen, mit deren Beseitigung auch die Kopfschmerzen verschwinden. Eine solche Erscheinung läßt sich hauptsächlich bei nervösen oder blutarmen Kindern beobachten. Die Kinder, die sowohl in der Nähe als auch in der Ferne gut sehen, beginnen über Kopfschmerzen zu klagen, die in der Schule nach den ersten 2—3 Unterrichtsstunden aufzutreten beginnen. Die Untersuchung durch den Augenarzt ergibt fast keine Abweichung von der Norm, abgesehen von einer leichten Hypernetropie von 0,5—0,75 D. Aber gerade eine Korrektur mit Brillen, die diese leichte Anomalie beheben, bringt auch den Kopfschmerz zum Verschwinden. Der wachsende Organismus des Lernenden war nicht imstande, die nicht

sehr erhebliche Akkommodationsanstrengung zu bewältigen. Die mehrere Wochen oder Monate getragene, die Anomalie korrigierende Brille beseitigt den Kopfschmerz; die Brille wird weggelegt, bis eine erneute Anstrengung wieder den Gebrauch derselben notwendig macht.

S. Rubinstein (Riga).

E. Landa, Akute Pneumonie beim Kinde. Tod durch Erstickung infolge von Einwanderung von Würmern in den Kehlkopf. (Wratsch Gazet. 1909. Nr. 51.) Wenn es auch durchaus nicht selten ist, daß durch Würmer Hirnerscheinungen hervorgerufen werden und wenn es auch als gewöhnliche Erscheinung zu betrachten ist, daß Würmer per os entleert werden, so ist es doch als Seltenheit zu bezeichnen, daß Würmer in den Kehlkopf einwandern und den Tod durch Erstickung zur Folge haben. Solch einen Fall beobachtete der Autor. Bei einem 3jährigen Mädchen mit lobulärer Pneumonie infolge von Influenza zeigten sich nach Calomel Würmer im Munde. Die Mutter rieb in ihrer Ratlosigkeit dem Kinde die Brust mit Terpentin ein. Die Würmer zogen sich — wohl infolge des Geruches — zurück und gerieten in den Kehlkopf, so daß der Tod momentan eintrat. Autor rät in Fällen, wo sich Würmer im Munde zeigen, dieselben manuell zu entfernen und sicherheitshalber Apomorphin subkutan zu geben.

S. Rubinstein (Riga).

N. Blumenau, Resultate der Anwendung des antibakteriellen Diphtherieserums. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 30.) Die glänzenden Resultate des v. Behringschen Diphtherieserums, bei der die Sterblichkeit von 50% auf 15% sank, dürfen uns nicht vergessen lassen, daß es sich hierbei nur um die antitoxische Wirkung handelt. Es gibt aber Fälle von phlegmonöser bzw. septischer Diphtherie des Rachens, bei denen der Organismus nicht nur mit Toxinen gesättigt ist, sondern wo auch die Diphtheriebazillen ins Blut und die innern Organe eindringen. Wassermann war der erste, der sich die Aufgabe gestellt hatte, nicht nur ein antitoxisches, sondern auch ein bakteriologisches Serum herzustellen, das auf die Substanz der Bakterienkörper selbst einwirken sollte. Es gelang ihm, ein Serum herzustellen, das in bezug auf Diphtheriebazillen präzipitierende Eigenschaften besaß. Autor benutzte ein von dem bakteriologischen Institut des Dr. Blumenthal (Moskau) nach den Vorschriften von Wassermann hergestelltes bakterizides Serum zu seinen klinischen Versuchen. Die Anwendung dieses Mittels allein gab ungenügende Resultate. Bei kombinierter Anwendung des alten antitoxischen und des neuen bakteriziden Serums verschwanden die Diphtheriebazillen aus dem Rachen gewöhnlich erst am 30. Tage. Den Mißerfolg dieser kombinierten Behandlung sieht der Autor darin, daß das lokal angewandte bakterizide Serum nicht in die Tiefe der Follikel und Buchten der Mandeln einzudringen vermöge.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der polnischen Gesellschaft der Ärzte in Lodz.

Sitzung vom 23. September 1909.

W. Jasiński demonstriert:

a) Ein 8 monatliches Kind mit **Mongoloid**. Wegen Verdacht auf Lues wurde spezifische Therapie angewandt, doch ohne Erfolg.

b) Einen Fall von **Leucaemia myeloidea chronica** beim 10 jährigen Knaben. (Der Fall wird publiziert.)

c) Eine chronische Gelenkentzündung der beiden Kniegelenke und des Metakarpelgelenkes. Pirquet- und Stichreaktion stark positiv. Im Röntgenbilde sind keine tuberkulösen Veränderungen an den angegriffenen Knochenenden zu erkennen. In der Diskussion wird eine Vermutung auf Gonorrhoeentzündung der Gelenke ausgesprochen.

T. Mogilnicki demonstriert:

a) Ein 8 jähriges Mädchen, bei dem man vor 2 Wochen eine Geschwulst von der Größe einer Walnuß, von weicher Konsistenz und Himbeerenfarbe zwischen den kleinen Schamlippen bemerkt hat. Bei der genaueren Untersuchung erwies sich die Geschwulst als ein **Prolapsus urethrae**.

b) Ein 10 jähriges Mädchen, das seit einem Jahre an den Augen leidet. Das Kind beklagt sich, es „sehe seit einigen Wochen schlecht". Die Untersuchung entdeckt eine **Trübung der Kornea**, kleine Kubitaldrüsen und symmetrisch liegende, schmerzhafte, eiergroße Anschwellungen an der vorderen Fläche beider Tibiae. Sonst keine Veränderungen im und am Körper zu finden. Keine Stützpunkte für Lues in der Anamnese. Eine eingeleitete antiluetische Therapie bewirkte wesentliches Zurückgehen der kornealen Trübung. Die periostalen Tibialschwellungen werden weniger schmerzhaft, ihre Größe blieb aber unbeeinflußt.

M. berichtet über einen Fall von **Kleingehirngeschwulst** beim Kinde (wird publiziert).

In der Diskussion neigen sich Pański und Klosenberg zur Diagnose eines Kleingehirnsarkoms und betonen das augenblicklich gute Allgemeinbefinden, die Euphorie des Patienten, was für manche Fälle der Kleingehirngeschwülste charakteristisch sein soll.

Sitzung vom 27. Oktober 1909.

W. Jasiński demonstriert einen 7 jährigen Knaben nach einer abgelaufenen **sukzessiven komplettierten Pneumonie** (nach Wunderlich), die von stark ausgeprägten meningealen Symptomen begleitet war und in der es erst am 16. Krankheitstage zum kritischen Temperaturfalle kam.

Pański weist auf die Möglichkeit einer, durch die Pneumonie larvierten, gleichzeitigen Enzephalitis hin. Für die Diagnose könnten die spastischen Kontrakturen der unteren Extremitäten, die im weiteren Verlauf der Krankheit geschwunden sind, sprechen.

Frl. H. Rosenblatt berichtet über ihren Besuch im Kaiserin Augusta Viktoria-Haus in Berlin.

J. Brudziński beschreibt die neu eröffnete Kinderklinik an der polnischen Universität in Lemberg. Darauf berichtet der Redner über seinen Besuch in Leysin und über die günstigen Eindrücke, die er von der Klinik Rollier davongetragen hat. Die Erfolge der Heliotherapie in der chirurgischen TBl sind geradezu imponierend.

Sitzung vom 16. November 1909.

J. Brudziński referiert „**Über die atypischen Krankheitsformen der Meningitis im Kindesalter**". Der Redner hält sich zuerst länger bei den Schwierigkeiten der Diagnose auf. In vielen Fällen ist es nämlich, wie bekannt, schwer zu entscheiden, ob man nur mit einer Entzündung der Hirnhäute zu tun hat, oder ob auch die Gehirnsubstanz an dem Krankheitsprozesse beteiligt ist. Das Gehirngewebe könne ja auch durch die aus den Meningen resorbierten Toxine gereizt

werden. Der Redner schließt sich in dieser Hinsicht der Meinung Hutinels an, der eine besondere Gruppe der réactions encephalo-meningées aufstellt.

Pański weist auf die Wichtigkeit der ophthalmologischen Untersuchung des Augengrundes bei der Meningitis serosa hin und bespricht die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion in dem oben erwähnten Krankheitszustande.

Klosenberg: Die Intensität der meningealen Symptome entspricht häufig nicht der Menge der serösen Flüssigkeit und dem von ihr bewirkten Drucke. Die ersten werden nämlich in weitem Maße durch die Anpassungsfähigkeit der Gehirnsubstanz, die bei länger dauerndem Krankheitsverlaufe, sozusagen, in eine „Angewöhnung“ ausartet, bedingt. Der Redner bespricht ferner die sogenannte Meningitis serosa circumscripta der Erwachsenen, eine Form, bei der durch eine direkte Inzision der Gehirnhaut gehörige Massen von entzündlicher Flüssigkeit entleert werden können, wonach die Drucksymptome gewöhnlich vollständig schwinden.

Helman bespricht die Rolle der Mittelohrentzündung in der Ätiologie der Gehirnhautentzündungen. M. Michalowicz (Warschau).

III. Internationaler Kongreß für Schulhygiene.

Paris, 2.—7. August 1910.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

„Vorbereitung und Wahl des Schularztes“ war für Frankreich ein aktuelles Thema, da durch einen jüngst ausgegebenen Erlaß erst jetzt überall in Frankreich Schularztstellen eingerichtet werden. In der Diskussion wurde der interessante Vorschlag gemacht, die Schulärzte sollten einen Kurs in pädagogischen Seminarien absolvieren: diese Vorbildung lasse, abgesehen von der Vertiefung der Urteilsfähigkeit über Lehrmethoden usw., gleichzeitig ein auf besseres gegenseitiges Verständnis beruhendes Zusammenarbeiten von Lehrer und Arzt erhoffen. Eventuell sollte sich der Schularzt auch in Ohren- und Augenheilkunde einarbeiten, um so den Spezialarzt entbehrlich zu machen. Ein eigentlicher Spezialarzt dürfe der Schularzt dagegen auf keinen Fall sein, vielmehr ein „guter“ praktischer, mit allen Zweigen der Medizin vertrauter, nicht zu junger Arzt, der womöglich etwas pädiatrische Praxis ausgeübt hat. — Bekanntlich droht das **Spezialistentum** auch in die Schularztinstitution einzudringen und eine Zersplitterung der bisher einheitlichen Schüleruntersuchung in getrennte Untersuchung der Ohren, Augen, Zähne usw. durch verschiedene Spezialärzte herbeizuführen. Nun sind gerade in den Pariser Gemeindeschulen nach einer kürzlich erlassenen Bestimmung die ärztlichen Spezialuntersuchungen nicht den Spezialärzten, sondern den Schulärzten selbst übertragen worden, eine Einrichtung, die von dem französischen Referenten sehr geschickt begründet wurde. Gegen diesen Ausschluß der Spezialärzte wandten sich viele Diskussionsredner aus den Reihen der Spezialärzte. Ebenso protestierten sie gegen den von von anderer Seite gemachten Vorschlag, die Spezialärzte — für den Fall ihrer Zulassung — dem Hauptschularzt dienstlich unterzuordnen. In der Diskussion siegte die Erwägung, daß eine genaue spezialärztliche Untersuchung mit subtiler Diagnosenstellung für den eigentlichen Zweck des schulärztlichen Dienstes nur von untergeordneter Bedeutung ist. Solange die schulärztliche Tätigkeit lediglich prophylaktisch bleibt und keine therapeutische werden soll — und an diesem Grundsatz wurde auch auf diesem Kongreß erneut festgehalten —, so lange ist die gesamte Beurteilung des Gesundheitszustandes das Wesentliche, und für die Erkrankungen der einzelnen Organe genügt es vollkommen, wenn der Schularzt feststellt: das Kind sieht schlecht, das Kind hört schlecht und bedarf demgemäß einer besonderen Behandlung. Diese ist nunmehr doch Sache eines Spezialarztes — wozu also vorher eine ausführliche spezialärztliche Untersuchung? Von diesem Gesichtspunkt aus wurde daher ein Antrag auf Einbeziehung der Untersuchung durch besondere Schulspezialärzte mit großer Stimmenmehrheit abgelehnt.

In der schwierigen Frage: Was geschieht mit den durch den Schularzt als krank und behandlungsbedürftig erkannten Schulkindern?

wurden verschiedene Vorschläge gemacht. Immer noch gilt es vielfach, die Teilnahmlosigkeit der Eltern zu überwinden. Besserung der Beziehungen zwischen **Schule und Haus** kann hier Wandel schaffen, ein Ziel, dem Elternvereinigungen, Müttervereinigungen, Elternabende usw. auch nach den hier gehörten Erfahrungen mit Erfolg dienen. Ein holländischer Schularzt untersucht die Kinder stets nur in Anwesenheit der Mütter, die eingeladen werden und auch zu etwa 80% der Einladung Folge leisten. Die eigene Anschauung überzeugt die Mütter viel besser als Worte von der Notwendigkeit der anempfohlenen ärztlichen Behandlung. Günstige Erfahrungen hat man vor allem mit den Schulschwestern gemacht, deren Tätigkeit von bestem Erfolg begleitet ist. Sehr vorteilhaft wirken natürlich auch gute Beziehungen zwischen Schularzt (im Hauptamt) und Hausarzt; durch gegenseitige telephonische Verständigung ist mancherorts viel erreicht worden. Am einfachsten liegen die Verhältnisse dort, wo für die ärmere Bevölkerung poliklinische Behandlung verfügbar ist, die eventuell als besondere Schulpoliklinik unter Benutzung öffentlicher und privater Wohltätigkeit ausgebildet werden kann.

Für die schulärztliche Tätigkeit und Technik war das Thema der ersten Plenarsitzung von großem Interesse: **Vereinheitlichung der bei der ärztlichen Überwachung angewandten Methoden.** Der Mangel eines einheitlichen Vorgehens bei den körperlichen Untersuchungen und anthropometrischen Messungen hat natürlich zur Folge, daß die einzelnen, von verschiedenen Seiten und mit verschiedenen Methoden erzielten Resultate nicht vergleichbar sind. Nicht vergleichbar und damit zum großen Teil wertlos — das war die logische Schlußfolgerung, wie sie in dem, allerdings nicht realisierten Vorschlag zum Ausdruck kam, der Kongreß sollte sich entscheiden, ob überhaupt anthropometrische Messungen vorgenommen werden sollen, oder nicht. Hatte ja doch auch der englische Referent ausgesprochen, daß die Wägungen und Messungen, ja sogar die mancherorts bestehenden täglichen ärztlichen Besichtigungen der Schüler mit scheinbar prophylaktischem Zweck nur zeitraubend seien und unnütze Kosten verursachen. Überhaupt ging durch die verschiedenen Diskussionsvorschläge erfreulicherweise ein gesundes Streben nach Vereinfachung und Abstreifung unnötiger Vielgeschäftigkeit. Das Interesse des Schularztes soll sich vor allem auf das kranke Schulkind konzentrieren. Ist ein Kind als gesund erkannt, dann bedarf es der Berücksichtigung durch den Schularzt in geringerem Maße als das kranke oder krankheitsverdächtige Kind. Dieses soll möglichst oft nachuntersucht werden, um dadurch kontrollieren zu können, ob die angeratene ärztliche Behandlung auch wirklich erfolgt. Die Gesundheitsscheine selbst sollen sich auf das Wesentliche beschränken und überall einheitlich angelegt werden.

Das Problem **sexuelle Erziehung**, das bereits den ersten und zweiten Schulhygienekongreß beschäftigt hatte, war diesmal Gegenstand einer Plenarsitzung. Ein deutscher und ein französischer Referent sprachen äußerst taktvoll und geschickt über das heikle Thema. Als leitende Gesichtspunkte ergaben sich: Die sexuelle Erziehung muß vom Elternhaus und der Schule in gemeinsamer, sich ergänzender Weise geleistet werden. Dabei soll den Eltern das erste Anrecht auf Erledigung dieser Aufgabe gewahrt bleiben. Demgemäß sind den Eltern selbst Kenntnisse und Hinweise — durch Volksbildungsvereine, Presse und Literatur — zu vermitteln, wie sie ihre Kinder zur geeigneten Zeit unter Berücksichtigung der geistigen und seelischan Eigenart des einzelnen Kindes nach und nach am rationellsten mit sexuellen Dingen bekannt machen. Die Schule soll in der ersten Schulperiode durch systematisch aufgebauten botanisch-zoologischen Unterricht die Schüler dazu führen, durch selbständige Analogiebeschlüsse sich eine Vorstellung von der menschlichen Fortpflanzung zu machen und sie dadurch daran zu gewöhnen, über diese Vorgänge in sinnlichkeitsfreier Weise zu denken und zu reden. In der zweiten Schulperiode sollen die Schüler sexualhygienische Belehrungen über Geschlechtskrankheiten und deren Bedeutung für den Einzelnen und die Allgemeinheit (durch Schulärzte) erhalten.

Die für Frankreich spezifische Furcht vor dem Gespenst der drohenden **Entvölkerung** kam auch auf dem Kongreß zum Ausdruck. Man beschloß aus solchen Erwägungen heraus, die Unterweisung in der Kleinkindererziehung solle für alle Lehrerinnen und Schülerinnen obligatorisch werden.

Wohl der wichtigste Beschluß, nach dessen Verwirklichung auch in Deutschland wir mit allen Mitteln streben müssen, wurde in der VIII. Sektion gefaßt: In allen Lehrerbildungsanstalten soll **Unterricht in Schulhygiene** (durch Ärzte) erteilt

werden und gleichzeitig die Schulhygiene unter die Prüfungsfächer eingereiht werden. Wenn dieser Beschluß Geltung erlangt, dann ist für alle Aufgaben und Ziele der Schulhygiene ein großer Schritt vorwärts getan. Denn alle Schulhygieniker sind sich darin einig, daß erst dann ein ideales Zusammenarbeiten von Lehrer und Arzt erreicht wird, wenn die Lehrer selbst in ihrer Gesamtheit die Grundlagen der Gesundheitslehre beherrschen. Für alle Bestrebungen der Schulhygiene wäre es der praktisch bedeutungsvollste Fortschritt, wenn der III. Schulhygienekongreß auch nur den einen Erfolg hätte, daß die Unterweisung in Schulhygiene für alle Lehrer und Lehramtskandidaten obligatorisch wird.

Der nächste Kongreß findet im Jahre 1913 in Buffalo statt.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte.

Sitzung am 8. Mai 1910 in Dresden.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Vorsitzender: Soltmann; Schriftführer: Hohlfeld.

1. Butzke (Magdeburg): **Vulvovaginitis gonorrhoica.** (Referatthema.) Vulvovaginitis entsteht beim Kinde beinahe immer durch den Gonokokkus. Vulvovaginitis auf Grund von Unsauberkeit, Parasiten, Masturbation, Traumen, Obstipation usw. gehört fast zu den Raritäten. Gegenteilige Behauptungen begegnen dem dringenden Verdacht, daß doch Residuen der Gonorrhoe im Spiel sind, in deren chronischen Fällen sich der Gonokokkus nur schwer oder gar nicht nachweisen läßt. Durch Stuprum erfolgt — entgegen einer immer noch verbreiteten Ansicht — die Infektion nur in einer winzigen Anzahl von Fällen im Verhältnis zur Riesenzahl der Übertragungen auf ungeschlechtlichem Wege durch Kontakt mit infiziertem Bettzeug, Schwamm, Badewasser usw. Auf solche Weise entstandene Endemien, wie von Skutsch, Holt, Bendig u. a. beschrieben, vergleicht Vortr. mit der Vulvovaginitisendemie, die er selbst 1908 im Leipziger Kinderkrankenhause beobachtete: Höchstwahrscheinlich ausgehend von einem Kinde, das infolge anfänglicher Latenz der Symptome unbeanstandet die Aufnahme passiert, ergreift die Vulvovaginitis trotz baldiger Isolierung dieses Kindes in wenigen Tagen sämtliche Mädchen der Station, auch Säuglinge, die durch eigene Badegeräte und Fieberthermometer geschützt sind. Sogar nach Räumung, Desinfizierung, mechanischer Reinigung der Station noch unter dem durchweg neuen Kindermaterial vereinzelte Infektionen, deren Ausgangspunkt unklar. Pflegepersonal bei genauer Untersuchung gesund. Bemerkenswert die außerodentlich schnelle Entwicklung des einzelnen Falles: Gestern noch völlig unverdächtiges Kind zeigt heute am Scheideneingang ganz geringfügiges Sekret mit mäßig reichlich Leukozyten, ohne Gonokokken, und morgen bereits ist das gerötete und geschwellte Vestibulum bedeckt von rahmigem Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthält. Behandlung: Während des akutesten Stadiums Bettruhe, Wattevorlage mit T-Binde, Sitzbäder, Spülungen mit Tanninlösung. Später 1—3%ige Protargolspülungen, daneben Jodoform-Vaginalstäbchen oder 10%ige Ichthyoltampons. Kein besonders augenfälliger Erfolg eines dieser Mittel. Bei Hartnäckigkeit der in allen beobachteten Fällen vorhandenen Urethritis Gebrauch von Gonosan, Wildunger Wasser, diuretischem Tee. Während der in den meisten Fällen beobachteten kurzen Anfälle von Leibschmerz und Fieber: Prießnitzscher Umschlag, Ruhe, Aussetzen lokaler Behandlung. Keine sonstigen Komplikationen (Peritonitis, Gonokokkämie) und darum auch keine nennenswerte Störung des Allgemeinbefindens. Heilung in 6—13 Wochen. Entlassung 14 Tage später nach wiederholter negativer Untersuchung auf Gonokokken. Rezidive nicht beobachtet. Von verschiedenen neueren Behandlungsweisen, die besprochen werden, erscheint empfehlenswert eine umfassendere Nachprüfung der großen Erfolge, welche die Amerikaner der Vakzinebehandlung nachrühmen. Sehr unterschätzt wird gegenwärtig wohl noch die Rolle der Vulvovaginitis beim Zustandekommen der Peritonitis: Riedel[1]) stellt

[1]) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 81.

aus seiner Klinik Fälle tödlicher Peritonitis zusammen, Mädchen bis zu 10 Jahren betreffend und von Salpingitis purulenta ausgehend. Bei der Autopsie fand sich wiederholt starke Injektion der Uterusschleimhaut, „als ob sich dort zunächst die Infektionserräger angesiedelt hätten". Affektion der unteren Teile des Genitaltraktus wird vermißt. Ob Fluor vaginalis früher — etwa Monate oder auch Jahre vor Einsetzen der Peritonitis — einmal da war oder nicht, darüber geben die mitgeteilten Anamnesen leider keinen Aufschluß. Ausgefüllt wird diese Lücke aber durch einen von Reichenbach[1]) mitgeteilten, ganz ähnlichen Fall von Salpingitis, der nicht nur Veränderungen im Sinne einer Endometritis zeigte, sondern vor allen Dingen auch die Feststellung einer Vulvovaginitis gestattete, die 4 Monate vor Ausbruch der Peritonitis „geheilt" war. Da ist denn doch die Annahme naheliegend, daß auch Riedels Fälle, zumal sie sonst ohne jede Erklärung dastehen würden, sich aufbauten auf alte Vulvovaginitis. Soweit in den zitierten Fällen Peritonealeiter untersucht wurde, fanden sich nur Strepto- bzw. Staphylokokken, nie Gonokken. Trotzdem hält der Vortr. es für wahrscheinlich, daß es sich hier um Komplikationen alter, abgeheilter Vulvovaginitis gonorrhoica handelte. Diese allein ist so häufig, daß die verhältnismäßig große Zahl der Fälle (bei Riedel in 6 Jahren 14% seiner weiblichen Peritonitisfälle gleichen Lebensalters) erklärt werden kann; von ihr wissen wir genugsam, daß sie aszendiert und auf den Etappen der Endometritis und Salpingitis die Peritonitis erzeugt. Daß Gonokokken nicht nachzuweisen waren, ist belanglos, denn erstens ist bekannt, daß Gonokokken rasch in der Bauchhöhle zugrunde gehen, und zweitens findet häufig bei Rückgang gonorrhoischer Prozesse ein Florawechsel statt. Die Prophylaxe der Vulvovaginitis soll schon beim Neugeborenen einsetzen: Antiseptischer Zusatz zum Badewasser und Credésche Instillation auch der Vulva bei Gonorrhoeverdacht (Epstein). Während des ganzen Kindesalters peinliche Sonderung insbesondere der zur Körperpflege benutzten Gegenstände, vornehmlich auch Dienstboten gegenüber. Belehrung gonorrhoekranker Eltern, die vielfach — wenigstens in der ärmeren Bevölkerung — mit den Kindern das Bett teilen und die von der Möglichkeit des Kindertrippers meist keine Ahnung haben. Schulbesuch in den ersten Wochen zu verbieten, später — zumal in den zahlreichen Fällen von vielmonatiger Krankheitsdauer — unvermeidlich. Kontrollmaßnahmen für Ferienkolonien usw. notwendig; Beispiel dafür bei Bendig.[2]) Im Krankenhaus allerstrengste Isolierung jeder, wo auch immer lokalisierten Gonorrhoe. Kontrolle jedes aufzunehmenden Mädchens durch Mikroskopieren von Abstrichpräparaten aus Vagina, Urethra, Rektum. (Nach Kaunheimer[3]) u. a. vielfach Gonokokken im anscheinend gesunden Rektum!) Von Zeit zu Zeit Revision aller Mädchen zwecks Entdeckung etwaiger, erst später aufgetretener Rezidive. Im ganzen bei wirklich sorgfältiger Durchführung eine nicht unerhebliche, praktisch recht fühlbare Komplikation des Anstaltsbetriebs, die allerdings hohen Grad von Sicherheit vor Endemie gewährt, zu der sich ein Krankenhaus, Säuglingsheim usw. aber erst dann allenfalls entschließt, wenn trübe Erfahrungen mit der Vulvovaginitis ihm schon beschieden waren. Sehen doch viele Anstalten auch ohne solche Prophylaxe jahraus jahrein keine Endemie: Gonokdkken werden zwar reichlich eingeschleppt,[4]) aber ihre Virulenz reicht nicht aus.

Diskussion. Brehmer (Erfurt) hat bei der Behandlung mit Protargolstäbchen gute Erfolge erzielt. — Risel (Leipzig) betont die rapide Entwicklung der Krankheit. — Thomas (Leipzig) glaubt, daß Spätfolgen von Hämatometra auf Rechnung heroischer Behandlung zu setzen seien. — Möllhausen (Dresden) hat von der Stauungsbehandlung Gutes gesehen. — Soltmann (Leipzig): Die beschriebene Epidemie ist nicht die erste, die wir im Leipziger Kinderkrankenhaus durchzumachen hatten. Schon 1895/96 erkrankten 55 Kinder (20% mit Vulvovaginitis aufgenommenen, 80% Spitalinfektion). Auch hier nur Mädchen, kein einziger Knabe, wie das auch anderwärts beobachtet. Bei der Prädisposition zur Infektion kommt in Frage: die anatomische Lage bei Mädchen, das zarte Epithel, die leichte Verschiebbarkeit der Epithelzellen, wodurch dem Eindringen der Gonokokken in die interepithelialen Lücken Vorschub geleistet wird bei Fehlen der

[1]) Deutsche medizinische Wochenschrift. 1909.
[2]) Münchener medizinische Wochenschrift. 1909.
[3]) Münchener medizinische Wochenschrift. 1910.
[4]) Holt, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 64.

Säure im Vaginalsekret kleiner Mädchen, zumal wenn eine bereits bestehende Hyperämie der Vulva und Urethra, Sukkulenz und Desquamation vorhanden sind. Daher die Häufigkeit der Infektion bei Diphtherie, Scharlach, Masern, bei Ekzemkindern, bei solchen, die z. B. an Incontinentia alvi et urinae leiden, oder wo Verbände (Koxitis) eine reizende Wirkung auf jene Teile ausüben, das feste Gefüge der Epithelien gelockert haben und die leicht einschlüpfenden Keime einen günstigen Boden zu ihrer Ansiedlung finden. Die Übertragung findet statt durch das Badewasser, Schwämme, Spielzeug, Thermometer. Trotz strengster Vorschriften muß wohl stets ein Versehen und Verstoß des Wartepersonals als Ursache für den Modus der Infektion und Übertragung angesehen werden, und die oben mitgeteilten Momente erklären nur die leichte Infektionsmöglichkeit, Hartnäckigkeit den Heilbestrebungen des Arztes gegenüber, gleichviel welche Mittel in Anwendung kommen, Rezidive und Exazerbationen bei chronischem Verlauf, die wir fast nie vermissen. — Rietschel (Dresden) möchte die Prädisposition bestimmter Kinder nicht so hoch einschätzen wie Soltmann und für die epidemische Ausbreitung auch die wechselnde Virulenz verantwortlich machen. — Hohlfeld (Leipzig) ist derselben Meinung, in der Behandlung hat er von Jodoformstäbchen Besseres gesehen als der Vortr. — Kritz (Leipzig) hat mit Jodoformstäbchen keine Erfolge gehabt. — Teuffel (Dresden) meint, daß bei den chronischen Fällen wahrscheinlich schon Veränderungen des Endometriums vorhanden sind.

2. Stoeltzner (Halle): **Hypothyreoidie im Kindesalter.** Nach Besprechung einiger bemerkenswerter Fälle eigener Beobachtung versucht St. die Ansicht zu begründen, daß auch der sogenannte pastöse Zustand nichts anderes sei als Hypothyreoidie. Die beim pastösen Zustand wie bei den übrigen Formen der Hypothyreoidie anzutreffenden Hyperplasien der lymphoiden Organe haben nach St. die Bedeutung von Eiweißreserven.

Diskussion. Soltmann (Leipzig): So ganz unbeachtet sind die Beziehungen der Pastösen zur Hypothyreoidie nicht geblieben. Kürzlich wies v. Noorden auf die Beziehungen der Chlorose zum Genitalapparat hin und der Eunuchoiden mit femininem Typus der Haut (Adipose) zum Hypothyreoidismus (mangelhafte Zwischensubstanz der Hoden) und daß, wo Chlorose in der Familie, da oft auch fettleibige Geschwister (Brüder) zu beobachten sind. Er macht auf die heilende Wirkung des Eisens und Arsens hier aufmerksam, die als direktes Reizmittel auf die blutbildenden Organe wirken, und befürwortet diätetisch eine reichliche Eiweißzufuhr.

3. Risel (Leipzig): **Kranke Brustkinder und vom Allaitement mixte.** (Der Vortrag ist als Originalartikel in Nr. 30 der Münchner med. Wochenschrift erschienen.)

Diskussion. Brückner (Dresden) freut sich, daß durch den Vortr. die Schwierigkeiten anerkannt werden, die sich in der Praxis der Durchführung der natürlichen Ernährung entgegenstellen. — Rietschel (Dresden) schließt sich dem an und tritt für individuelle Behandlung ein. — Risel (Schlußwort) betont, daß in der ambulanten Behandlung die Mißerfolge bei der Ernährung an der Brust Folgen der mangelhaften Kenntnis einer vernünftigen Stilltechnik sind, und daß nicht primärer Milchmangel der Mütter zum Absetzen führt, sondern in den allermeisten Fällen Krankheit des Kindes.

4. Burckhardt (Dresden): **Die Schulbankfrage.** Kurze Besprechung der Platte, Lehne und Sitz einer Schulbank. Präzision der Differenz und Distanz, welche durch den Klappsitz am besten gelöst wird. Für Mittelklassen am besten bis — 1, größere bis — 2, für die quecksilbrigen Kleinen 0 Distanz am Platz. Beschreibung der Entwicklung der verschiedenen Systeme der Dresdener Schulbänke in den letzten 20 Jahren, die zum Teil umgearbeitet und verbessert wurden. Das neueste System, die schwellenlose Mittelholmbank von Zickroth, die ein starres Klassensystem bildet und die Fußbodenreinigung am besten erlaubt, da ohne Fußbretter. — Da die Schulbankfrage eine industrielle geworden ist, so müssen 1. die Fabriken sich genau an die bestellten Maße halten, 2. bei der Abnahme der Bänke eine genaue Kontrolle stattfinden, namentlich wenn an der Lieferung von Sitz und Platte verschiedene Firmen beteiligt sind. Da die Schule mit Körpermaßen von etwa 100—170 cm zu rechnen hat, kommen für die Schuldauer sieben Banknummern in Frage. Drei Nummern reichen in der Regel für eine Klasse aus. Bei dem verschiedenen Wachstum der Kinder nach Geschlechtern, Rassen, sozialen Verhältnissen ist ärztlich zu fordern, daß a) jede Klasse Reservebänke zum Auswechseln hat, b) auch für Gelähmte, Verwachsene usw. besondere Bänke vorhanden sind (Demonstration einer Krüppelbank von Zickroth),

c) leicht Auswechslungen stattfinden können für Kurzsichtige, Schwerhörige, d) dreimalige Messungen der Kinder im Schuljahr stattfinden, e) genaues Setzen der Kinder nach den vorhandenen Maßen stattfindet. Die Maße der Kindergrößen, welche durch die sogenannte Wiener Expertise festgestellt wurden, sind wesentlich verbessert worden durch die Messungen des Dresdener Lehrervereinsausschusses für Gesundheitspflege, und die gewonnenen Größendurchschnittsmaße, Sitztiefe 20%, Differenz 17%, sind gesetzlich angenommen. Bei den Dresdner Messungen (57000 Kinder) der Volksschulen hat sich gezeigt, daß 1. die Bezirksschüler etwa ein Jahr hinter den Bürgerschülern zurückbleiben, 2. die Kinder der Peripherie rascher wachsen als die des Stadtinnern. Dementsprechende Verteilung der Banknummern auf Bezirks- und Bürgerschulen. (Kurvendemonstration.)

5. H. Dünzelman (Leipzig) als Gast: **Arrosion der A. anonyma als Folge der Tracheotomie wegen diphtherischer Larynxstenose.** Demonstration zweier in der Leipziger Kinderklinik beobachteten Fälle. Es war hier die Arrosion nicht, wie in der Literatur meist beschrieben wird, zustande gekommen infolge Perforationsdekubitus der vorderen Trachealwand durch den unteren Kanülenrand, sondern einerseits durch Druck des nach vorne gewölbten Kanülenhalses, der direkt der Anonyma auflag, und anderseits durch das pulsatorische Anschlagen der Anonyma an die Kanüle. Und zwar hatte die Kanüle infolge ihres Eigendruckes auf das durch das Diphtherietoxin geschädigte und so leicht zerstörbare Gewebe im Verlaufe der Krankheit (17 und 4 Tage) mehrere Knorpelringe total zum Schwinden gebracht, die Längswunde in der Trachea nach unten erweitert, und war so um ein Beträchtliches tiefer getreten. Beide Male war die Tracheotomia inferior gemacht worden. Von Januar 1899 bis Ende April 1910 kamen in Leipzig bei 472 Tracheotomien (282 +) fünfmal tödliche Nachblutungen vor, von denen zwei mit Sicherheit als durch die Arrosion der Anonyma entstanden durch die Sektion festgestellt wurden. Mortalität an Verblutungen im Leipziger Kinderkrankenhaus 1,77% gegenüber 4,5—0,6% anderer Anstalten. Besprechung der Vorzüge und Nachteile beider Luftröhrenschnitte mit Beachtung der anatomischen Verhältnisse, die beim Kind anders als beim Erwachsenen. Bei Kruppkindern wird entschieden die untere Tracheotomie wegen ihrer größeren Einfachheit empfohlen. Über die kürzlich von Frank wieder empfohlene alte klassische Tracheotomia transversa bestehen noch keine genügenden Erfahrungen. (Frank gibt übrigens, wohl infolge eines Irrtums, die gesamte Nachblutungsmortalität mit 81% viel zu hoch an.)

Diskussion. Thomas (Leipzig) möchte auch die toxische Schädigung der Arterienwand berücksichtigt wissen.

6. Hohlfeld (Leipzig): **Biliäre Leberzirrhose bei kongenitaler Obliteration der großen Gallenwege.** Demonstriert werden Leber und Milz eines 8 Monate alten Knaben, bei dem die Eltern vom 15. Lebenstage an Gelbfärbung der Haut beobachtet hatten. Die Leber ist klein (13,7 : 7,7 : 3,6 cm, Gewicht 165 g), dunkelgrün, feingranuliert, sehr derb, auf der Schnittfläche treten graue verästelte Bindegewebszüge scharf hervor. Mikroskopisch sieht man das Bindegewebe am stärksten an den Grenzen der Lobuli entwickelt, aber überall auch in die Läppchen selbst eindringen und Parenchyminseln umschließen, welche die Struktur der Acini nicht mehr erkennen lassen. Die Leberzellen sind angefüllt mit Gallenfarbstoff, der sich auch in den Kapillaren zwischen ihnen angestaut hat, und zeigen vielfach Erscheinungen des Untergangs. Die Gallenblase ist rudimentär, sie besteht aus drei erbsengroßen Säckchen, die durch eine feine Öffnung verbunden sind. Der Cysticus ließ sich von der Blase aus nicht sondieren. Hepaticus und Choledochus überhaupt nicht aufzufinden. Milz groß (8,5 : 5,2 : 2,3 cm, Gewicht 50 g), ziemlich derb. In der Bauchhöhle eine geringe Menge dunkelgelber Flüssigkeit. Dickdarminhalt breiig, grau. Keine pathologische Bindegewebsentwicklung an der Leberpforte. Für Lues weder in der Anamnese, noch in dem mikroskopischen Befunde von Leber, Milz und Nieren ein Anhalt. Wahrscheinlich liegt eine Entwicklungsstörung im Sinne Beneckes vor (Steigerung des normalen Abschnürungsvorganges).

7. Rietschel (Dresden): **Zur Ätiologie des Sommerbrechdurchfalls der Säuglinge.** R. berichtet über klinische Beobachtungen, die ihm dafür zu sprechen scheinen, daß die direkte Einwirkung der Hitze einen wichtigen Faktor in der Ätiologie des Brechdurchfalls darstellt. Er führt zunächst zwei Fälle an, wo ernährungsgestörte Säuglinge, die nur Ammenmilch erhielten, im Gegensatz zu gesunden Kuhmilchkindern, auf eine Außentemperatur von 32 bzw. 28° C mehr oder minder

schnell mit Temperatursteigerungen bis 41,5 bzw. 40,7° reagierten, ohne daß im Befinden der Kinder sonst eine wesentliche Änderung eingetreten wäre. Das erste dieser Kinder hatte 8 Stunden auf einem gegen direkte Bestrahlung geschützten Balkon gelegen, das zweite 6 Tage in einem Zimmer, das auf die angegebene Temperatur erwärmt war. In demselben Zimmer reagierten zwei ernährungsgestörte Kinder, die 3 und 6 Tage darin waren, ohne Steigerung der Temperatur mit einer wesentlichen Verschlechterung des Allgmeinbefindens. Dabei wurden die Stühle dünner und häufiger, bei einem trat Soor auf, und das Gewicht ging in Sprüngen herunter. Beide Kinder erholten sich wieder, als sie aus diesem Zimmer genommen wurden. R. stellt sich danach die ätiologische Bedeutung der Hitzewirkung für die Sommersterblichkeit der Säuglinge so vor, daß die Kinder direkt am Hitzschlag zugrunde gehen können oder daß die erhöhte Wohnungstemperatur auf den Zustand der Kinder in dem Sinne einwirke, daß die Toleranzkraft gegen Nahrungsschädigungen noch mehr herabgesetzt wird.

Diskussion. Risel (Leipzig) hält die letzten beiden Beobachtungen nicht für einwandfrei, da mit der Entfernung aus dem warmen Zimmer auch eine Änderung der Ernährung eintrat. — Soltmann (Leipzig) meint, daß die Sommersterblichkeit der Säuglinge sicherlich wesentlich mit eine Wohnungsfrage sei, ihr schädlicher Einfluß aber leicht zu eliminieren oder abzuschwächen durch die nötige Bewegung der Säuglinge, Aufnehmen, Heraustragen usw.; ähnlich bei Insolation.

8. Brückner (Dresden): **Paroxysmale Hämoglobinurie.** Donath und Landsteiner zeigten, daß die Ursache der Hämolyse nicht durch eine verminderte Resistenz der Erythrozyten der Kälte gegenüber, sondern durch besondere Eigenschaften des Plasmas bedingt ist. B. konnte die Erhebungen von Donath und Landsteiner bei einem Kranken im Alter von $3^1/_2$ Jahren im Gegensatz zu Czernecki bestätigen.

Diskussion. Soltmann (Leipzig) erinnert an den auf dem Internationalen Kongreß in Rom von ihm mitgeteilten Fall, bei einem 7 jährigen Mädchen, das seit seinem zweiten Lebensjahre an zyklischer Hämoglobinurie litt. Der Vater war syphilitisch, die Mutter hatte mehrfach abortiert (Leukoplakien am Halse). Die Patientin, das einzige lebende Kind, war eine Frühgeburt. S. beoachtete bei ihr etwa 50 Anfälle, die spontan bei kühler Witterung oder im Hospital experimentell bei Kälteeinwirkung (kurzer Aufenthalt im Keller, Niedersetzen auf Nachtgeschirr, auf dessen Boden ein Eisstückchen lag) immer in gleicher Weise auftraten und etwa 6 Stunden anhielten. Der Urin war mahagonifarben, burgunderrot bis tintenschwarz, das Kind hatte Schmerzen in den Gliedern, im Gesicht gesättigte Blaufärbung. Übrigens gelang es nur, den Anfall von der Peripherie aus, nie durch Einführung kalter Ingesta (Eismilch) oder kalter Klysmata auszulösen. Die Tastnerven müssen also wohl genetische Beziehungen zum Anfall haben. Die Therapie war völlig erfolglos.

III. Therapeutische Notizen.

Über Chininphytin. Über seine Erfolge mit Chininphytin bei Influenza berichtete[1]) Biedert. Er bekämpfte bei Mikrokokkeninfluenza mit infektiöser Allorhythmie des Herzens die Infektion und Temperatursteigerung mit Chinin und weist auf die Vorzüge des Chininphytin bei dieser Gelegenheit hin mit den Worten: „Das war ein neuer Grund, die fieberhafte Infektion des Herzens als gleichzeitige Ursache für Fieber und Herzstörung anzusehen und sonach in der Bekämpfung jener die Hauptaufgabe zu sehen. Als angenehmstes Mittel hierfür wurde am 12. Mai anstelle der Chininlösung das leichtlösliche und in Tabletten gut zu nehmende Chininphytin gegeben, 10 Tabletten zu 0,1 im Tag = 0,75 Chinin pur., dem die tonisierende Wirkung der Phytinsäure eine anscheinend noch bessere Wirkung auf den Puls verlieh."

[1]) Berliner klin. Wochenschrift. 1907.

Der belgische Kolonialarzt Dr. Dryepondt weist auf die Vorzüge hin, die Chininphytin bei der Behandlung tropischer Malariaerkrankungen bietet, indem durch die Verbindung des Chinins mit der phosphorreichen Phytinsäure die Chininintoxikation bei Kranken mit Idiosynkrasie gegen Chinin sulf. oder hydrochl. sicher vermieden wird. Bei einem besonders schweren Fall, wo die üblichen Chininsalze sofort Vergiftungserscheinungen vom Typus des gefürchteten Schwarzwasserfiebers hervorriefen, gelang es mit Dosen von 0,5 Chininphytin morgens und abends das Fieber zu bemeistern, ohne daß sich jene gefährlichen Erscheinungen wiederholten.

Ähnliche Erfahrungen hat Dr. Lipa Bey in Kairo bei der Behandlung der dort wie im ganzen Orient häufig auftretenden Denga gemacht (Ärztl. Rundschau. Jahrg. 1909. Nr. 16). Als eines der besten Mittel gegen diese Krankheit und die häufig in deren Gefolge auftretende Febr. intermitt. quotid. betrachtet der Verf. das Chininphytin und bemerkt dabei: „Sonderbarerweise habe ich die eigentümliche Erfahrung gemacht, daß das Chinin', sowohl intern als subkutan gegeben, den gegenteiligen Effekt erzielte und das Fieber noch mehr in die Höhe trieb. Ich bevorzuge deshalb das Chininphytin vor dem Salipyrin."

Auf einem anderen Gebiet, nämlich in der Geburtshilfe, scheint sich Chininphytin ebenfalls zu bewähren, und zwar als vorzügliches Stimulans bei Wehenschwäche. Prof. Dr. Beuttner, Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Genf schreibt hierüber im Herbstheft der „Gynäkologia Helvetica 1909": „Chininphytin wird mit Erfolg bei Wehenschwäche verordnet. Die in der Genfer Universitäts-Frauenklinik gemachten Erfahrungen scheinen diese Indikation zu rechtfertigen. Anwendung: Durchschnittlich 15—20 Chininphytintabletten innerhalb 45—60 Minuten in Dosen von 5—6 Tabletten zu 0,1 g Chininphytin."

Touchierungen des Rachens und Nasenrachenraums bei Keuchhusten empfiehlt als recht wirksam Dr. G. Bradt (Berlin). Als Medikament benutzte er:

Rp. Jod. pur.
Acid. carbolic. āā 0,5
Kal. jodat 1,5
Glyzerin 15,0
Aq. dest. ad 100,0.

Die Pinselungen müssen sehr rasch erfolgen; man touchiert erst den unteren Teil des Rachens, führt sodann den Watteträger — am besten den Baginskyschen — in den Nasenrachenraum bis ans Rachendach, so daß durch die Würgbewegungen das Medikament aus dem Wattebausch ausgedrückt wird. Namentlich bei frischen Fällen wirken diese — täglich 1 mal ausgeführten — Pinselungen sehr intensiv, fast koupierend; aber auch sonst geht Schwere und Zahl der Anfälle bald zurück, und eine Abkürzung der Krankheit ist zu erzielen.

(Therapie der Gegenwart. Juli 1910.)

Arsentriferrin hat Dr. A. Teubert (Hamburg) mit bestem Erfolge bei Chlorose und anämischen Zuständen, bei Neurasthenie und nervösen Erschöpfungszuständen, bei Hysterie, Skrofulose und anderen lymphatischen Erkrankungen, sowie bei Hautaffektionen angewandt. Auch Kinder vom 3. Jahre ab nahmen die Tabletten sehr gern; auch bei ihnen waren die Resultate — so bei Chorea minor, Hysterie usw. — recht befriedigend. Verwendet wurden ausschließlich Arsentriferrintabletten (Knoll) à 0,3. Je nach dem Alter wurden täglich 1—5 Stück nach dem Essen verordnet, und zwar bei Kindern 1—3, bei Erwachsenen 3—5 pro die, allmählich steigend. Nach 14 Tagen ließ T. eine Pause von 8 Tagen eintreten und begann dann mit der Darreichung von neuem. Die Behandlungsdauer erstreckte sich je nach der Natur des Leidens von 5 Wochen bis zu $^1/_4$ Jahr. Bei dieser Art der Medikamentation wurde das Präparat in allen Fällen, selbst bei protrahierter Verwendung ganz vorzüglich ohne jede lästige Nebenwirkung von seiten des Magens und Darmtraktus vertragen.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 28.)

Eisensajodin empfiehlt warm Geh. San.-Rat Dr. Görges (Berlin). Unter Berücksichtigung einer Beobachtungszeit von mehr als 9 Monaten und nach Verwendung von mehr als 1600 Einzelgaben kommt er zu folgendem Ergebnis:

1. Das Eisensajodin ist ein geschmackloses, leicht in Wasser, Milch und anderen Flüssigkeiten zerfallendes Präparat, welches den Magen und Darm nicht

reizt, die Zähne nicht angreift und auf längere Zeit gut, besonders von Kindern vertragen wird.

2. Schon nach sehr kurzer Zeit zeigt sich die Wirkung des Eisensajodins bei skrofulösen Kindern in starker Appetitanregung und Gewichtszunahme, welche letztere in allen Fällen konstant und hoch war.

3. Alle skrofulösen Krankheitserscheinungen gehen glatt und sicher zurück, die Kinder bekommen ein besseres Aussehen und befinden sich subjektiv sehr viel wohler.

4. Unangenehme Erscheinungen von Jodismus treten bei Kindern nicht ein, wenigstens sind sie von mir nicht beobachtet. Bei Erwachsenen habe ich einmal etwas Jodismus gesehen.

5. Das Eisensajodin bietet einen ausgezeichneten und viel besseren Ersatz des Jodeisensirups und kann bei allen Erkrankungen, wo eine Verlangsamung des Stoffwechsels durch eine gestörte Ernährung vorliegt, vor allem bei Skrofulose, Anämie mit Störungen des Stoffwechsels und hereditärer Lues mit gutem Erfolg angewandt werden. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 36.)

Olintal empfiehlt Dr. Schenk (Köln). Er sagt: „Der Zweck dieser Zeilen soll nur der sein, den Kollegen ein von mir angegebenes Myrrhenpräparat aufs wärmste zu empfehlen, welches ich in seinen Grundsubstanzen seit fast 10 Jahren ständig in meiner Praxis zur Anwendung gebracht habe. Es handelt sich um eine flüssige Myrrhenseife mit einem Gehalt von ca. 2,8 % Myrrhe, welcher 0,5 % Menthol zugesetzt sind. Dieses Präparat hat den Vorzug, neben angenehmem Geruch und Geschmack, in Wasser klar löslich zu sein, ist alkalisch und kann innerlich, zu Inhalationszwecken und, was bei der völligen Unschädlichkeit des Mittels namentlich in der Kinderpraxis nicht zu unterschätzen ist, zum Gurgeln gebraucht werden. Wie schon Ströll und Graetzer annahmen, handelt es sich bei der Wirkungsweise der Myrrhe wohl um eine Vermehrung der Leukozyten (Binz). Ich möchte die Wirkung des Olintals der einer schwachen Jodsalzlösung vergleichen, nur daß das Olintal die Schattenseiten der Jodsalze nicht aufzuweisen hat, dafür aber mit expektorationsbefördernden, exzitierenden und diuretischen Eigenschaften ausgestattet ist. Abgesehen von der Verwendung des Olintals als eines täglichen Mundwassers, habe ich es daher nicht nur bei Diphtheritis und Anginen der verschiedensten Art, sondern auch bei allen katarrhalischen Erkrankungen der Nase, des Mundes und der Luftröhre verordnet. Ich gebe es insbesondere gern mit kurzen Unterbrechungen wochen- und monatelang — dabei betone ich, daß ich nie eine Schädigung des Körpers irgendwelcher Art gesehen habe — Phthisikern, deren Krankheitserscheinungen beim Gebrauch des Olintals in günstiger Weise beeinflußt werden. Bei der kruppösen Pneumonie hat es mir ebenfalls vorzügliche Dienste geleistet. Inwieweit seine Anwendung bei exsudativer Pleuritis und rheumatischen Affektionen von Nutzen ist, darüber zu urteilen, behalte ich mir vor. Die Dosierung des Olintals ist folgende: innerlich für Erwachsene 4 mal täglich 1 Teelöffel in 1 Glase Zuckerwasser, für Kinder 20 bis 50 Tropfen auf Zucker oder in Zuckerwasser; zu Inhalationszwecken und zum Gurgeln 1/2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser. Bei Halsaffektionen lasse ich auf die Kehlkopfgegend Kompressen auflegen, die mit 1/2 Teelöffel unverdünnten Olintals getränkt sind. Bei Kindern, die nicht gurgeln können, kann man das Gurgelwasser durch Zerstäubung in Anwendung bringen. Olintal wird hergestellt in dem Chemischen Institut von Apotheker Eugen von den Driesch in Aachen und kostet in Originalflaschen von 100 g 1,25 Mk.
(Zentralblatt f. innere Medizin. 1910. Nr. 32.)

Aperitol hat Dr. A. Hirschberg in der Klinik für Frauenkrankheiten von Prof. Nagel in Berlin mit bestem Erfolg angewandt. Autor hat das Mittel mehrere Monate lang in Anwendung gebracht. Da bei den Frauen die Neigung zur Obstipation erfahrungsgemäß eine bei weitem größere ist, als bei den Männern, so muß die Dosis bei den ersteren eine größere sein. Während bei Männern bereits 1—2 Tabletten erfolgreich wirken, bedarf es bei Frauen 2—3 Tabletten. Die Frauen nehmen das wohlschmeckende Aperitol sehr gern ein; Schmerzen bei der Entleerung wurden in keinem Falle beobachtet, ebensowenig irgendwelche Reiz- oder Intoxikationserscheinungen. Der Stuhlgang stellt sich etwa 6—7 Stunden

nach Einnahme des Mittels ein, so daß es sich empfiehlt, dasselbe entweder abends vor dem Schlafengehen oder morgens zu nehmen. Auch 4—5 Tabletten pro dosi wurden von den Patienten anstandslos vertragen, nur war darnach die drastische Wirkung eine fulminantere. Diese Erfahrungen bestätigen also die Angaben der Autoren, die das Aperitol als ein völlig unschädliches und schmerzloswirkendes Abführmittel bezeichnen. Da es ferner sowohl in Form der Bonbons wie der Tabletten auch von empfindlichen Personen gern genommen wird, so dürfte es besonders in der Frauen- und Kinderpraxis den sonst üblichen Abführmitteln vorzuziehen sein. (Therapie der Gegenwart. Juli 1910.)

Mit **Eulatin** hat Dr. M. Ichelhäuser (kgl. pädiatr. Poliklinik München) bei 39 Fällen von Keuchhusten — darunter recht schweren — sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Eulatin erwies sich als unschädliches Mittel, das die Zahl und Heftigkeit der Anfälle rasch herabsetzt und die Nebenerscheinungen bald zum Verschwinden bringt. (Die Heilkunde. Juni 1910.)

Sabromin bei Chorea. Wie Dr. Maetzke (Seidenberg) mitteilt, hatte das Mittel in einem Falle einen eklatanten Erfolg.
(Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 30.)

Experimentelle Untersuchungen über die Resorbierkeit des Feolathan (Goedecke & Co., Berlin) hat Dr. Aufrecht (Berlin) angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Eisen des Feolathan wird leicht und rasch im Tierkörper resorbiert; der Überschuß an Eisen wird größtenteils mit den Fäzes wieder ausgeschieden.
2. Die Darreichung von Feolathan hat zur Folge, daß der Hämoglobingehalt der Versuchstiere nicht unwesentlich gesteigert wird.
3. Eine ungünstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens der Versuchstiere nach Darreichung selbst relativ großer Gaben von Feolathan konnte ich in keinem Falle beobachten. (Allgem. med. Central-Ztg. 1910. Nr. 29.)

Doppelte Schiffs-Mumme empfiehlt warm Dr. P. Schütte, Er sagt: „Ich selbst habe Nettelbecks Braunschweiger Mumme in einer Reihe von Fällen der verschiedensten Art von Schwächezuständen und Reduzierungen der Körperkräfte angewendet und muß offen gestehen, daß nach meinen Erfahrungen ein günstigerer Erfolg nicht erzielt werden konnte. Allgemeine Entkräftungen nach langwierigen verzehrenden Krankheiten, konstitutionelle Veranlagungen und Erkrankungen an Tuberkulose, Skrofulose, Rachitis, Schwächungen und organische Erschlaffungen durch geistige oder körperliche Überarbeitung, ausschweifendes Leben, Blutverluste, Entbindungen usw., Ernährungsstörungen und Blutanomalien wie Bleichsucht, Blutarmut, Leukämie, Skorbut usw., neurasthenische Zustände, Magenverstimmungen, Verdauungsstörungen und andere organische Reduzierungen nahmen mit dem Beginn der Darreichung der Schiff-Mumme eine auffallende Wendung zum Besseren an. Die Schiff-Mumme läßt man am vorteilhaftesten teelöffelweise mehrmals täglich zu den Mahlzeiten nehmen, mit etwas Bier, Bouillon, Wein, Milch, Kaffee oder sonstigen zusagenden Getränken vermischt. Je nach Bedarf und Geschmack gibt man bei Erwachsenen jedesmal 2—4 Teelöffel, bei Kindern 1—2 Teelöffel.“ (Therap. Neuheiten. 1909.)

Heiße Bäder bei Keuchhusten sind nach Dr. Schrohe (Mainz) ein sehr empfehlenswertes Unterstützungsmittel bei der Behandlung. In leichteren Fällen gibt man gegen Abend ein Bad (37,5° C, 36° R) von 10—15 Minuten Dauer, bei einer sehr großen Zahl von Hustenparoxysmen 2 mal am Tage.
(Therapie der Gegenwart. September 1910.)

IV. Neue Bücher.

M. Glück. **Schwachbeanlagte Kinder.** Verlag von F. Enke in Stuttgart. Preis: 2 Mk.

Die Literatur über unsere „Sorgenkinder" schwillt in der letzten Zeit bedenklich an. Besonders von medizinischer Seite wird viel auf diesem großen Gebiete geforscht. Da ist es auch von Interesse, einen Autor zu hören, der als Leiter eines Erziehungsheims und einer Privatschule für schwachbeanlagte Kinder in Stuttgart dieses medizinisch-psychologische Gebiet vom sozial-pädagogischen Standpunkt mit besonderer Berücksichtigung großstädtischer Verhältnisse beleuchtet. Der sozial-pädagogische Teil ist dem Autor sehr gut gelungen. Weniger einwandfrei erscheinen die psychologischen Erörterungen. Die psychologischen Tatsachen stehen noch nicht so fest, daß man auf S. 25 apodiktisch behaupten kann: „Wird eine Zellerregung nie mehr wiederholt, so gleicht sie sich allmählich annähernd aus. . . . Je mannigfaltiger die Verbindungen einer Vorstellung sind, desto öfter werden sie zum „Mitschwingen" veranlaßt werden. Oder auf der gleichen Seite: „Wir sehen und hören nicht bloß mit den Augen und Ohren, sondern mit unserem ganzen Seeleninhalt." Auch die Definition des Begriffs „Gefühl" auf S. 39 darf nicht so apodiktisch ausgesprochen werden." Die Popularisierung psychologischer Lehren schlägt oft nicht zum Heile der psychologischen Wissenschaft aus. Der popularisierende Autor mußte sich in strittigen psychologischen Grundfragen mehr Reserve auferlegen. Trotz dieser Ausstellungen auf psychologischem Gebiet kann das kleine Buch jedem, der sich für die soziale Seite unserer „Sorgenkinder" interessiert, empfohlen werden.

A. Feuchtwanger.

J. Schwalbe. **Börners Reichs-Medizinal-Kalender pro 1911.** Leipzig, G. Thieme. Preis: 5 Mk.

Zu seiner Empfehlung braucht wohl nichts gesagt zu werden. Seine Zuverlässigkeit, sein wahrlich reicher Inhalt, seine vornehme Ausstattung sind ja bekannt genug. Wie alljährlich, ist auch in diesem Jahr der Herausgeber bestrebt gewesen, den Inhalt zu vermehren und zu verbessern, und so wird auch dieser Jahrgang die große Verbreitung finden, deren sich der Kalender seit so vielen Jahren erfreut.

Grätzer.

J. Cemach. **Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten.** München, J. F. Lehmann. Preis: 3 Mk.

Diese Tabellen werden den jüngeren Ärzten ein willkommenes Hilfsmittel für die Praxis sein. In sehr geschickter Weise hebt der Autor in Tabellenform bei den einzelnen Erkrankungen jedes Organs die Unterscheidungspunkte hervor, ein Überblick über eine solche Tabelle liefert also eine schätzenswerte Hilfe bei der Diagnosenstellung und wird manchen vor Fehldiagnosen bewahren.

Grätzer.

B. Bendix. **Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** Wien u. Berlin, Urban & Schwarzenberg. Preis: 15 Mk.

In 6. Auflage liegt B.s Lehrbuch vor, ein Zeichen dafür, daß es den vollen Beifall der Kollegen gefunden hat. Dieser wird ihm auch ferner treu bleiben, da der Verf. stets die Fortschritte der wissenschaftlichen Forschung berücksichtigt, nicht müde wird, einzelne Kapitel nach dieser Richtung hin neu zu bearbeiten und den Inhalt zu vermehren. Die übrigen Vorzüge des Werkes sind so bekannt, daß ihre Aufzählung überflüssig erscheint.

Grätzer.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XV. Jahrgang. Dezember 1910. Nr. 12.

Inhalt.

I. Referate.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Therapeutische Notizen. — IV. Neue Bücher. V. Monats-Chronik.

Namenverzeichnis des XV. Jahrganges. Sachverzeichnis des XV. Jahrganges.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XV. Jahrgang. 1. Dezember 1910. Nr. 12.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

M. Pincherle, Klinisch biologischer Beitrag zur Lehre des Streptococcus enteritidis. (Mit 3 Abbildungen.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Die untersuchten Streptokokkenstämme aus dem Darm gesunder oder leicht enteritischer Kinder oder von Kindern, die anderweitig, nicht magendarmkrank waren, ähneln sich sehr; nur zeigen die einen mit Vorliebe Diplokokkenform und kurze Ketten, die andern viel längere Ketten. Durch Injektion eines der Darmstreptokokken gelang es, ein Immunserum von hohem Agglutinationswert zu erhalten; es agglutiniert den eigenen Erreger bis 1 : 4000, die übrigen Darmstreptokokken bis 1 : 250 oder noch schwächer und gar nicht. Auch gegen Streptokokken anderer Provenienz erwies es sich als wirkungslos. Die Kuhmilchstreptokokken zeigen mit dem Darmstreptokokkus große morphologische und kulturelle Ähnlichkeit.

Hecker.

R. Hecker, Über einen Fall von Pylorusstenose bei einem Säugling. (Mit 2 Abbildungen und 1 Kurve.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 52. Heft 4—6.) Männliches, erstgeborenes Brustkind. Beginn des stets sehr schleimigen Erbrechens am 16. Tag. 19 Tage später Hervortreten der typischen Magenperistaltik und der von links nach rechts wandernden Kontraktionsfurche. Gleichzeitig Fühlbarwerden eines Tumors in der Pylorusgegend. Neben der medianen Vorwölbung fiel auch eine solche im rechten Hypochondrium auf; zwischen beiden stand eine stabile Kontraktionsfurche. Spärlicher Nahrungsstuhl, 2 Tage lang auch reiner Hungerstuhl (absoluter Pylorusverschluß!). Behandlung mit kleinsten Nahrungsmengen, stündlich 10—15 g Muttermilch mit zeitweiligem Versuch, die Menge zu steigern; Milchklistiere. Zur Erhaltung des Wasserbestandes Kochsalzdauerklistiere. Nach 45 tägiger Krankheitsdauer, nach wechselnden Besserungen und Verschlechterungen Exitus letalis. Die Obduktion ergab: Pylorusstenose durch muskuläre Hypertrophie des Pylorus- und Antrumteiles; hochgradige Erweiterung des Gesamtmagens. Pathogenetisch bemerkenswert war: neuropathische Anlage seitens der nervösen Mutter (Magenbeschwerden während der Schwangerschaft); schwierige Geburt mittels Forzeps; vorzeitiger Abgang von Mekonium; Geschlecht; Ernährungsart (Brustkind!); überlange nächtliche Trinkpausen bis zu $12^1/_2$ Stunden.

Autoreferat.

H. Lehndorff (Wien), Zur Kenntnis des Chloroms (Chloroleukämie, Chloroleukosarkomatose). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1.) 2 Fälle, 9jähriger Knabe und $4^1/_2$ Jahre alter Knabe, zeigen klinisch fast identische Befunde: Einen ulzerös-nekrotisierenden Prozeß im Rachen mit septischem Allgemeinzustand, der in wenigen Wochen zum Tode führt bei hohem Fieber, Halslymphdrüsenschwellung und Milztumor. Auf Grund dieses Bildes und des lymphämischen Blutbefundes lautete die klinische Diagnose auf akute lymphatische Leukämie. Die histologische Untersuchung klärte den Fall als Myeloblastenleukämie auf. Es liegt ein durch weitgehende Entwicklungshemmung der Wucherzellen im Blut und Gewebe, die auf der Myeloblastenstufe stehen geblieben waren, charakterisierte Variante der myeloischen Chloroleukämie vor. Keine zwingenden Gründe sprechen dafür, dem Chlorom eine Sonderstellung einzuräumen. Der auf die Tumornatur hinweisende Name „Chlorom" müßte daher fallen gelassen werden. Bis zur Entscheidung über die Natur und das Wesen des chloromatösen Prozesses möge man ihn durch das Vorwort „Chloro-" charakterisieren, also von myeloischer und lymphatischer Chloroleukämie, Chloropseudoleukämie, Myeloblastenchloroleukämie usw. sprechen, wobei man unter Leukämie eine maligne Wucherung des hämatopoetischen Systems versteht, die hyperplastisch oder sarkoid verlaufen kann. Will man die Fälle der letzten Art besonders charakterisieren, so könnte man sie etwa als Chloroleukämie (Leukosarkomatosetypus Sternberg) bezeichnen. Hecker.

J. A. Schabad (St. Petersburg), Die gleichzeitige Verabreichung von Phosphorlebertran mit einem Kalksalze bei Rachitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1.) Bei gleichzeitiger Verabreichung eines Kalksalzes und Phosphorlebertrans bei Rachitis spielt die Auswahl des Präparats eine hervorragende Rolle: während dabei essigsaurer Kalk vom Organismus in bemerkbaren Mengen retiniert wird (von 20—60 %), werden phosphorsaurer und zitronensaurer Kalk durchaus nicht retiniert.

In voller Übereinstimmung mit der Kalkretention befindet sich die Phosphorretention: der essigsaure Kalk verbessert die Retention des Nahrungsphosphors, während die nicht retinierbaren Kalksalze — phosphorsaures und zitronensaures Salz — die Phosphorretention sogar etwas verschlechtern.

Die Zufuhr von Kalksalzen steigert den Stickstoffgehalt des Kotes und vermindert demnach die Stickstoffresorption, doch wird die Stickstoffretention dank der starken Verminderung des Harnstickstoffs dennoch gesteigert.

Durch die Verabreichung eines Kalksalzes wird die Fettresorption stark verschlechtert. Diese Verschlechterung der Fettresorption kann nicht durch die erhöhte Seifenbildung erklärt werden. Der schlechteren Fettresorption entsprechend wird eine verminderte Fettspaltung im Kote beobachtet; vollständig kann damit die verminderte Fettresorption in den Versuchen mit Zufuhr von Kalksalzen doch nicht erklärt werden, da der Überschuß nicht zerlegten Fettes in diesen Versuchen den Überschuß des genannten Kotfettes bei weitem nicht deckt. Hecker.

S. Usuki (Japan), Das Schicksal des Fettes im Darm des Säuglings unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1.) Nach Aufnahme von Malzextrakt in der Milch zeigen die Stühle größeren Gehalt an Trockensubstanz und prozentisch geringeren Fettgehalt als nach Genuß von Schleim oder Mehl mit Milch.

Der durchschnittliche Fettverlust im Kot betrug bei den Versuchen 13—13,5 % der Einfuhr.

Die ungünstigste Ausnutzung des Fettes fand sich bei Ausscheidung saurer Stühle nach Malzextrakt, während man bei Seifenstühlen von einer „zu guten" Ausnutzung des Fettes sprechen könnte.

Bei einem Versuche mit homogenisierter Milch ergaben sich keine Vorzüge in Beziehung auf Fettausnützung oder Seifenbildung.

Nach Zusatz von Malzextrakt zur Nahrung erfolgte konstant eine Verminderung der Seifenausscheidung sowohl relativ, als auch absolut. Damit geht einher eine Änderung der alkalischen Reaktion, der Konsistenz des Stuhles und der klinischen Erscheinungen. Diese Wirkung des Malzextraktes tritt bei anderen Kohlehydraten in kleinen Dosen nicht hervor, und wenn man sie bei diesen durch Steigerung der Zufuhr zu erzwingen sucht, läuft man Gefahr, Schädigungen auszulösen.

Obwohl Maltose der Menge nach den Hauptbestandteil des Malzextraktes ausmacht, ist die Wirkung des Malzextraktes nicht ausschließlich auf die Maltose zu beziehen. Nach Verabreichung von Maltose in der dem Malzextrakt entsprechenden Menge behalten die Stühle alkalische Reaktion und auch sonst den Charakter der Seifenstühle.

Das Fett der Stühle besteht in der überwiegenden Menge aus Fettsäuren und Seifen. Die Verteilung auf diese beiden Komponenten schwankt bei verschiedenen Stuhlarten.

Die Alkaliseifen sind im Stuhl in den meisten Fällen in den Mengen von 10 % oder weniger enthalten. Ein bestimmter Einfluß der Nahrung auf den Gehalt des Stuhles an Alkaliseifen ist nicht erkennbar. Bei Diarrhoe zeigten sich die Alkaliseifen nicht vermehrt.

Etwa dasselbe wie für die Alkaliseifen gilt auch für das Neutralfett, das auch Schwankungen innerhalb 10 % aufweist. Der Gehalt an Neutralfett in sauer reagierenden Stühlen war etwas erhöht im Vergleich zum Seifenstuhl.

Im allgemeinen ist die Fettspaltung im Säuglingsstuhl sehr ausgiebig, so daß in den untersuchten Fällen nur etwa 1 % des eingeführten Fettes der Spaltung entging.

Bei einer auf nervöser Basis entstandenen beschleunigten Peristaltik zeigte sich die Fettspaltung etwas verringert, während die Fettresorption in normalem Umfang erfolgte. Bei Diarrhoe, zumal bei sauren Stühlen, war die Fettspaltung stärker beeinträchtigt, namentlich aber die Resorption stark geschädigt. Infolgedessen kommt es dabei dadurch, daß auch viel Fettsäuren der Resorption entgehen, nicht zu einer stärkeren Erhöhung des Prozentgehaltes an Neutralfett im Kot. In solchen Fällen wäre es zutreffender, von Fettsäurediarrhoe zu sprechen, statt von Fettdiarrhoe.

Die nach Einnahme von Maltose entleerten Seifenstühle enthalten minimale Mengen von Kohlehydrat, während die Stühle nach Malzextrakt einen mehrfach (ca. 3,5 fach) höheren Kohlehydratgehalt haben.

Der Erdalkalistoffwechsel kann unabhängig von der Seifenbildung ablaufen. Der Stoffwechsel des Kalziums und des Magnesiums kann getrennte Bahnen einschlagen. Hecker.

S. Kuzuya, Säuglingssterblichkeit und Wertigkeit der Überlebenden. (Aus der Greifswalder Kinderklinik.) (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. Heft 5 u. 6.) Aus seinen Untersuchungen zieht K. folgende Schlüsse:

1. Hohe Säuglingssterblichkeit bedingt auch hohe Kindersterblichkeit; denn in denjenigen Provinzen Preußens, in denen im ersten Lebensjahre eine hohe Sterblichkeit besteht, ist auch in den nächsten Jahren die Kindersterblichkeit eine hohe.

2. Auch der Vergleich von Stadt und Land zeigt, daß die hohe Säuglingssterblichkeit eine hohe Gefahr für das deutsche Volk mit sich bringt; denn in den Stadt- wie Landgemeinden zeigt sich dort eine hohe Kindersterblichkeit, wo auch die Säuglingssterblichkeit eine hohe ist.

3. Dasselbe geht auch aus dem Vergleich der Sterblichkeit der Knaben und der der Mädchen hervor; denn die Kindersterblichkeit entspricht bei beiden Geschlechtern, wenigstens in den ersten fünf Lebensjahren, der Säuglingssterblichkeit. Grätzer.

N. Gierlich und **M. Hirsch** (Wiesbaden), Tuberkel im Hirnstamm mit Sektionsbefund. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 35.) Bei einem Kinde entwickelte sich innerhalb 2 Jahren eine linksseitige Hemiplegie zerebralen Charakters gleichzeitig mit Hirndrucksymptomen, Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmachten, Stauungspapille. Die Annahme eines Tumors in der Gegend der rechten vorderen Zentralwindung erwies sich bei der Operation als irrig. Die später auftretende Okulomotoriuslähmung rechts sicherte die Diagnose eines Tumors im Hirnstamm. Bei der Sektion fand sich ein Tuberkel in den basalen Partien des Hirnstamms, der von den frontalen Partien des Pons bis zur Regio subthalamica reichte. Die irreführende Entwicklung der Krankheitssymptome war bedingt durch den Beginn der Erkrankung im Hirnstamm zwischen den Kernlagern des N. oculomotorius und N. trigeminus im Areale der Pyramidenbahn.

Grätzer.

P. Mulzer und **W. Michaelis,** Hereditäre Lues und Wassermannsche Reaktion. (Aus dem kais. Gesundheitsamt und der Prof. Neumannschen Kinderpoliklinik zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 30.) Aus den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und Erfahrungen geht hervor:

Die Mütter syphilitischer Säuglinge und Neugeborener reagieren stets positiv, denn sie geben die Reaktion in 90 bis 100%; diejenigen Frauen, die innerhalb der letzten 4 Jahre luetische Kinder geboren haben, reagieren in demselben Verhältnis wie latente Syphilitiker positiv.

Aus dieser Literatur geht ferner hervor, daß ungemein häufig bei symptomlosen Kindern luetischer Mütter kurz nach der Geburt eine negative Reaktion gefunden wird, die erst einige Wochen post partum in eine positive umschlägt, meist mit dem Auftreten syphilitischer Krankheitserscheinungen oder kurz vorher.

Mitteilungen über Untersuchungen von Geschwistern in luetisch infizierten Familien haben die Verff. in der Literatur nicht gefunden, ebensowenig prägnante Angaben über den Einfluß spezifischer Kuren bei kongenitaler Lues.

Im allgemeinen stimmen alle diese Angaben mit den diesbezüglichen Resultaten der Verff. überein. Sie können dieselben in folgende Schlußsätze zusammenfassen:

1. Säuglinge mit manifester Lues reagieren in demselben Verhältnis wie Luetiker im sekundären Stadium (96 % positiv).
2. Die positive Reaktion erscheint erst mit dem Auftreten manifester luetischer Symptome (von zwei symptomlosen Frühgeburten sicherer luetischer Aszendenz reagierte eine positiv, eine negativ).
3. Bei älteren Kindern (über 1 Jahr) besteht dasselbe Verhältnis wie bei Säuglingen.
4. Latent syphilitische Kinder verhalten sich bezüglich der positiven Seroreaktion wie Erwachsene in der Frühlatenz.
5. Die Umwandlung der Wassermannschen Reaktion durch spezifische Kuren scheint bei Kindern schwerer erreichbar zu sein als bei Erwachsenen.
6. Die Mütter syphilitischer Säuglinge reagieren in überwiegender Mehrzahl positiv (83 %).
7. Bei mehreren Kindern syphilitischer Eltern reagieren in der Regel das letzte oder die letzten symptomlosen Kinder negativ.

Grätzer.

P. Heim (Budapest), Die Konstitutionslehre in der Kinderheilkunde. (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 39.) H. bespricht speziell die exsudative Diathese und die neuropathische Konstitution.

Grätzer.

G. Röthler, Über seltenere Infektionen Neugeborener. (Aus der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt in Breslau.) (Ebenda.) R. teilt folgende 2 Fälle mit:

a) Diphtherie bei einem 6 Tage alten Säugling.

Im Juli des vorigen Jahres wurde in unserer Anstalt bei einem nicht ganz ausgetragenen Knaben von 2500 g Gewicht und 49 cm Länge eine Erkrankung beobachtet, die wohl allgemeines Interesse verdient. Es handelte sich um das Kind einer 23jährigen, gesunden II-para, Geburtsdauer $19\frac{3}{4}$ Stunden, die Geburt erfolgte $\frac{1}{4}$ Stunde nach dem Blasensprung. Schon am fünften Lebenstag fiel ein Schniefen und weißlich-schleimige Sekretion des rechten Nasenganges auf, der sich im Verlauf der nächsten sechs Tage bei einer Temperatur von 38° C. eine seröse Absonderung an beiden Augen und auch des linken Nasenganges hinzugesellte. Als Veränderung an der Schleimhaut von Nase und Augen war nur starke Rötung zu erkennen. Am nächsten, dem zwölften Lebenstage, wechselte plötzlich das Krankheitsbild: Anfälle von Atemnot und Zyanose traten auf, zugleich fanden wir Pharynx und Gaumenbögen mit weißen Membranen ausgepolstert, die darunter liegende Schleimhaut wenig verändert. Da wir bei der Untersuchung des Nasen-

sekrets Mikroben fanden, die Gonokokken sehr ähnelten, anderseits auch Stäbchen sahen, so schickten wir das Kind zur Sicherung der Diagnose in die Königliche Universitätsklinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Dort erfolgte während der Untersuchung ein so schwerer Anfall von Atemnot, daß sofort zur Tracheotomie geschritten werden mußte. Die Temperatur sank am Abend bis auf 34,9° C., die Anfälle sistierten bis zum nächsten Morgen fast ganz, nahmen aber dann wieder an Heftigkeit zu, obgleich die Kanüle ungefähr alle 2 Stunden von geringen bräunlichen Massen gesäubert wurde. Schwerste Zyanose, Atemnot, große Unruhe charakterisierten die immer schneller folgenden Anfälle. Daneben vervollständigte schwarzer, mithin Blut enthaltender Stuhl und rapide Gewichtsabnahme — es gelang in den letzten Tagen, nur noch einige Schluck Muttermilch ganz allmählich einzulöffeln — die Schwere des Krankheitsbildes. Grauweiße Membranen, ganz ähnlich denen im Rachen, ließen sich ziemlich leicht von den unteren Konjunktivalsäcken entfernen. Außer hochroter Conjunctiva sahen wir an den Augen keine Veränderungen. In den Membranen wie in den die Kanüle erfüllenden Massen wurden reichlich die Löfflerschen Diphtheriebazillen mit typischer Polkörnerfärbung gefunden. Die Untersuchung des Nasenschleims im Hygienischen Institut der Universität Breslau ergab gleichfalls echte Diphtheriebazillen. Das Kind kam am 14. Lebenstag zum Exitus.

Herr Prof. Dr. Lesser hatte die Güte, die Sektion vorzunehmen, bei der folgendes gefunden wurde: Abgezehrtes Kind, Nabel in Ordnung. Schwere kruppöse Entzündung des Pharynx und vor allem des Ösophagus, dessen Lumen mit vielen Membranen teilweise verlegt ist. Nur leichter Katarrh von Larynx und Trachea, nirgends Membranen. Gastritis catarrhalis partim crouposa, Enteritis totalis permagna mit vielen Blutungen in Magen- und Darmschleimhaut. Nephritis acuta haemorrhagica septica. Infiltratio septica pulmonum et haemorrhagica multiplex. Hyperplasia lienis septica.

Mikroskopisch zeigten sich in Darm, Lunge, Herz multiple kapillare Blutungen, überall starke kleinzellige Infiltration, in der Darmschleimhaut auch Geschwürsbildung. In den Gefäßen waren bei der Bakterienfärbung nur Kokken, keine Stäbchen erkennbar.

Was an dem Fall besonders interessiert, ist weniger der Krankheitsverlauf als die Ätiologie. Es ist bekannt, daß die septische Erkrankung der Säuglinge bis zur Vollendung des ersten Vierteljahrs viele Eigenheiten bietet und öfter eine „Larvierung" der Krankheit zustande kommt. Die von uns beobachtete echte Diphtherie der Nase bei einem 5 tägigen Kind ergreift Augen und Rachen, läßt aber sonderbarerweise Larynx und Trachea fast völlig frei und verbreitet sich, vom Ösophagus beginnend, auf den gesamten Verdauungsapparat, der schwer diphtheritisch verändert erscheint. Wir fragen uns mit Recht: wieso kommt das Kind zu dieser Erkrankung? Gehört an und für sich die Diphtherie des Neugeborenen zu den größten Seltenheiten, so sei gleich betont, daß weder bei Erwachsenen noch bei Säuglingen seit vielen Jahren in der Anstalt eine Diphtherie beobachtet wurde. Um so auffallender war diese isolierte Erkrankung im Hochsommer, im Juli. Allerdings erkrankte die Pflegerin, die das Kind in den letzten vier Lebenstagen pflegte, nachträglich mit einem Belag der rechten Tonsille und Schwellung beider Mandeln, so daß wir eine Diphtherie vermuteten, doch die bakteriologische Untersuchung im Hygienischen Institut ergab einen negativen Bazillenbefund. Trotzdem wird wohl anzunehmen sein, daß sich die Wärterin während der Pflege des Kindes infiziert hat. Von besonderer Wichtigkeit dürfte zur Klärung der Ätiologie bei der Erkrankung des Kindes das Verhalten der Mutter sein. Sie schien während der Geburt völlig gesund. Im Wochenbett kam es zweimal zu einer Temperatur von 38,2° C, die vielleicht ein Furunkel an der linken Gesäßhälfte ge-

nügend erklärt. Die geringe Schmerzhaftigkeit und reaktionslose Abheilung nach wenigen Tagen fiel auf. Bei der Untersuchung des Vaginalsekrets fanden wir nur die gewöhnlichen Saprophyten, dagegen wurden in der Urethra neben Leukozyten Diphtheriebazillen einwandfrei festgestellt. Die Mutter gab auf Befragen an, daß sie 1/4 Jahr vor der Entbindung an grünlich-eitrigem Fluor gelitten habe. Brennen beim Wasserlassen hat sie nie bemerkt. Menge und Krönig fanden Diphtheriebazillen in der Vagina ganz gesunder Frauen. Vielleicht haben die saprämischen Keime der Vagina in unserem Fall die Diphtheriebazillen überwuchert, nur der Keimgehalt der Urethra blieb unverändert. Nach alledem möchte ich die Ansicht vertreten, daß höchstwahrscheinlich während der Geburt durch infektiöse Sekrete der Mutter die Ansteckung des Neugeborenen erfolgt ist.

b) Spontaner Halsabszeß.

Ein spontan geborenes, ausgetragenes Kind einer anderen Mutter erkrankte am fünften Tage bei einem Temperaturanstieg auf 39,5° C. mit einer hochroten, vom rechten Processus mastoideus ausgehenden, teigigen Schwellung, die sich innerhalb weniger Stunden gleichsam wie ein breiter Ring fast über den ganzen Nacken verbreitete. Dabei bestand ein vorzügliches Allgemeinbefinden, gute Nahrungs- und Gewichtszunahme, Schlaf, Aussehen nicht anders als beim gesunden Säugling. Am nächsten Tage wurde wegen deutlicher Fluktuation der Abszeß durch Inzision geöffnet, und massenhaft schokoladenfarbener Eiter entleerte sich. Die Haut war in einer Ausdehnung von etwa 5 cm unterminiert, die darunterliegende Faszie unversehrt. Es erfolgte ein sofortiges Zurückgehen der Temperatur in normale Grenzen, nur drei Tage später nochmals des Morgens ein Ansteigen auf 38,5° C. Bei Drainage mit Jodoformgaze und Gegeninzision kam es am 14. Tage zur Heilung, die Wundränder lagen glatt aneinander und verklebten, das Kind wurde vollkommen geheilt entlassen.

Beim Erysipel der Neugeborenen sind auch Abszesse beobachtet, hier kommt aber schon des Verlaufs wegen das Erysipel nicht in Betracht. Handelt es sich vielleicht um ein sekundär vereitertes Hämatom? Auch dies ist zu verneinen, denn die erst 5 Tage post partum ganz rapid auftretende Schwellung und die Verbreitung über den ganzen Nacken spricht dagegen. Eine äußere Verletzung durch Zange oder ein anderes Trauma hat nicht eingewirkt, es war auch nicht die kleinste Läsion der Haut zu erkennen. Am Nabel und an den Ohren des Kindes wurde nichts Abnormes gefunden. Der Ansicht von Fritsch und C. Runge folgend, nehmen wir an, daß während der Geburt wiederholt eine ausgiebige Verschiebung der Weichteile stattgefunden haben mag. Ebenso ist die leichte Durchbrechbarkeit der Epidermis und der Epithelien bei Neugeborenen bekannt. Es sind vielleicht Keime aus dem Vaginalsekret der Mutter in die Epidermis gleichsam eingerieben worden und haben allmählich zur Bildung des „spontanen" Abszesses geführt. Hierfür spräche auch der faulige Geruch der Wunde, der riechendem Wochenfluß ähnlich war, und die aus dem Eiter gezüchteten Streptokokken zu zwei und drei Gliedern, die unbedingt an die Form der puerperalen Streptokokken erinnern. Es sei noch hinzugefügt, daß das erkrankte Kind 3150 g wog und von einer vollkommen gesunden Mutter stammte.

Grätzer.

Biesalski, Grundsätzliches zur Behandlung der Littleschen Krankheit. (Aus der Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil-

und Erziehungsanstalt.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 31.) B. fordert, daß man bei der Indikationsstellung der Försterschen Operation 3 Formen des Leidens unterscheidet. Er sagt darüber:

1. Es gibt Formen des Little, welche, solange sie im Bett liegen, nur einen mäßigen Spasmus zeigen und aktive Bewegungen, namentlich diejenigen, welche den Bewegungen des Gehens entsprechen, im groben, wenn auch paretisch, ausführen können. Hier halten sich von den beiden Komponenten der spastischen Lähmung, dem Spasmus und der Lähmung, beide etwa das Gleichgewicht. Stellt man diese Kinder auf den Fußboden, so wirken die aufrechte Haltung, die Belastung, der Reiz der kalten Diele, in dem Sinne, daß die spastische Komponente plötzlich kolossal anschwillt und die Kinder mit fest versteiften Beinen unfähig sind, eine von den Bewegungen auszuführen, welche sie im Bett ganz gut zu leisten vermochten.

2. In anderen Fällen wechselt, unabhängig davon, ob die Kinder in oder außer dem Bett sind, der spastische Anteil der Krankheit in auffälliger Weise während eines kürzeren oder längeren Zeitraumes.

3. Die schwersten Formen sind diejenigen, bei welchen der Spasmus dauernd so hochgradig ist, daß die betroffenen Glieder wie in Gelenkankylose unbeweglich fixiert sind, wo z. B. der Oberschenkel durch sämtliche vom Becken zu ihm ziehende Muskeln wie von straff gezogenen Tauen im Hüftgelenk so verankert ist, daß eine Bewegung nach irgendeiner Seite darum unterbleiben muß, weil beispielsweise bei der Abduktion die Adduktoren nachgeben müssen, diese aber durch ihre kontinuierlichen Krämpfe dazu außerstande sind. Diese letzteren Fälle sind die einzigen, welche primär für die Förstersche Operation in Betracht kommen.

Trotz seines großen Materials hat B. bisher nur in 2 Fällen nach Förster operiert.

Bei beiden Kindern konnte beobachtet werden, daß unmittelbar nach der Operation die Spasmen nachließen, und zwar war dies in den ersten Tagen noch mehr der Fall als späterhin. Während das zweite Kind nur mäßig von Schmerzen geplagt wurde, hatte das erste enorme Schmerzen auszuhalten und schrie unaufhörlich. Auch von anderer Seite ist diese starke Schmerzhaftigkeit im Anschluß an die Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln berichtet worden. Als aber mit aktiven Übungen begonnen werden sollte, bot sich ein schwerwiegendes Hindernis durch die Verkürzung großer Muskelgruppen, z. B. der Adduktoren, der Kniebeuger und der Plantarflexoren. Auf diesen Umstand hat schon Förster hingewiesen, doch scheint es wichtig, dies mit ganz hesonderem Nachdrucke immer von neuem zu betonen. Die Littlesche Krankheit bringt dadurch, daß sie die Glieder in einer bestimmten Zwangshaltung fixiert, sekundär Verkürzungen und Schrumpfungen der Weichteile mit sich, der Muskeln, Bänder, Faszien, Gefäße, Nerven, und diese sekundären Veränderungen verhindern rein mechanisch die Bewegung der Glieder, und machen so zu einem großen Teil den Effekt der Försterschen Operation illusorisch.

Wenn ein Bein viele Jahre hindurch in äußerster Adduktion gehalten worden ist, und man beseitigt den Spasmus der Adduktoren durch die Trennung der zugehörigen sensiblen Wurzeln, so bleibt trotzdem, wenn man nunmehr das Bein passiv abduziert, die ganze Adduktorenkulisse wie ein straff gespanntes, aus mehreren Drähten zusammengesetztes Kabel bestehen, das sich vom Becken zum Bein spannt, aber zu kurz ist und einer etwaigen Dehnung ein so kolossales Hindernis entgegensetzt, daß selbst in tiefster Narkose eine enorme Kraft dies nicht zu überwinden vermag, geschweige denn die aktive Kraft der durch den Little an sich ja doch geschwächten Abduktoren. Dieses sehr wichtige Moment sollte man doch bei keiner Littlebehandlung außer acht lassen. Es bildet ein sehr großes Hindernis für die Behandlung, ja es ist in vielen Fällen wichtiger, als die Lähmung selbst. Wenn deshalb in richtiger Würdigung dieser Tatsache Förster schon wiederholt darauf hingewiesen hat, man müsse durch sekundäre Operationen derartige Zustände überwinden, so wirft sich von selbst die Frage auf, ob man diese sekundären Operationen nicht **vor** der Försterschen Operation machen solle.

Man kann ja schließlich auch ohne die Förstersche Operation bei dem Leiden recht viel erreichen. Durch Redression aller Verkürzungen, Durchschneidung von Sehnen, Muskel, Faszien, dann durch geeignete Apparate, vor allem aber durch medikomechanische Maßnahmen und fortwährende Übungen ist man imstande, sehr schöne Erfolge zu erzielen.

Wir stehen also auch schweren Fällen des Little durchaus nicht so machtlos gegenüber, und deshalb glaubt B., ist es notwendig, zunächst erst einmal alle Mittel aufzubieten, welche auch sonst für die Behandlung des Little bekannt sind, ehe man die Kinder einem so schweren Eingriff, wie es die Förstersche Operation für sie darstellt, unterwirft. Technisch bietet sie zwar keine Schwierigkeiten, aber für das Kind ist sie durchaus nicht so gleichgültig, zumal für die Kinder doch niemals die Indicatio vitalis vorhanden ist. Außer Küttner, der aber auch eine Peronäuslähmung als Folge des Eingriffes gesehen, sonst aber bei 12 Fällen keinen Todesfall erlebt hat, haben fast sämtliche Autoren einen Patienten bei der Operation verloren. Es ist müßig, einen Prozentsatz auszurechnen, zumal ja die Gesamtzahl noch klein ist und wohl auch noch viele Fälle der Publikation harren — genug, die Mortalität ist nicht gering. Ob die in ihrer Statik durch die Entfernung von 5—6 Wirbelbögen beschädigte Wirbelsäule darauf nicht reagieren wird, bleibt abzuwarten. Die in Betracht kommenden Kinder sind meist blutleer wegen ungenügender oder gänzlich mangelnder Bewegung, schlapp und kraftlos, und die Operation selbst bringt einen zuweilen beträchtlichen Blutverlust, die Manipulationen selber sind ohne gewisse Quetschungen des Rückenmarks, die sich durch reflektorische Muskelkrämpfe bemerkbar machen, nicht durchführbar.

B. würde die Indikationsgrenze für die Behandlung der Littlekrankheit durch die Förstersche Operation folgendermaßen ziehen:

Alle Kinder, die — wenn auch noch so mühsam und mit Unterstützung — sich durch das Zimmer bewegen können, sollten zunächst von der Operation ausgeschlossen bleiben; desgleichen alle diejenigen Fälle, welche er eingangs unter 1. und 2. beschrieben hat, nämlich die mit dem wechselnden Typus des Spasmus. Primär würden ihr zufallen diejenigen Fälle, welche B. unter 3. klassifiziert hat, d. h. solche, bei denen eine Rigidität sämtlicher Muskeln besteht und wo nach vorheriger Redression eine Besserung darum ausgeschlossen ist, weil das Glied durch einen enormen Spasmus nunmehr in seiner korrigierten Stellung so fest fixiert ist, wie es vorher in seiner Ausgangsstellung war.

B.s Absicht ist durchaus nicht, gegen die Förstersche Operation zu sprechen, ganz im Gegenteil; weil er sie für außerordentlich bedeutungsvoll hält, möchte er sie nur davor bewahren, daß sie nicht durch fälschliche und zu weit gehende Anwendung in Mißkredit gebracht wird. Auch Klapp hat geraten, vor dem Försterschen Eingriff die sekundären Veränderungen zu beseitigen. Dem möchte B. sich anschließen und sagen, man solle primär nur jene ganz starren Fälle des Little der Radikotomie unterwerfen, bei allen übrigen zunächst die auch sonst bewährten und bekannten Mittel versuchen und die Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln erst folgen lassen, wenn alles übrige versagt hat.

Grätzer.

M. Gockel, Über Askaridiasis und ihre erfolgreiche Behandlung mit dem amerikanischen Wurmsamenöl (Ol. Chenopodii anthelminthici). (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 31.) Brüning hat das Mittel warm empfohlen gegen Askariden und auch G. kann es nach seinen Erfahrungen als ungiftiges und sehr wirksames Askaridenmittel bezeichnen.

Um einen ganz sicheren Erfolg zu haben, nimmt man die Kur bei möglichst leerem Magen an 2 aufeinanderfolgenden Tagen vor, auch wenn am ersten Tage schon Würmer abgehen, und zwar bei Patienten unter 14 Jahren mit einer zweimaligen, über 14 Jahren mit einer dreimaligen Dosis pro die.

Man verabreicht an jedem Tage 2 Stunden nach der letzten Dosis je nach dem Alter $^1/_2$—2 Eßlöffel Ol. Ricini in Bierschaum, schwarzem Kaffee, Kognak oder in Gelatinekapseln. Bei Erwachsenen weniger als 2 Eßlöffel Rizinus zu geben, ist nicht ratsam, weil das Wurmsamenöl, jedenfalls wegen seiner von Brüning festgestellten, stark wachstumhemmenden Wirkung auf Bakterien, in einer Anzahl von G.s Fällen, auch bei vorhandenen Durchfällen, Verstopfung verursachte, sodaß nicht einmal nach 2 Eßlöffel Stuhl erfolgte.

Das Alter der von G. behandelten Askaridenträger war vom 6. Lebensjahr an aufwärts, und die verordnete dementsprechende Einzeldosis betrug 8—16 Tropfen Ol. Chenopodii; und zwar bei 6—8 Jahren 8 Tropfen, bei 9—10 Jahren 10 Tropfen, bei 11—16 Jahren 12 Tropfen, über 16 Jahre 12—16 Tropfen. Die Mentholzugabe war im Verhältnis 0,05—0,1—0,15—0,2.

Die Verordnung lautet demnach beispielsweise für den Erwachsenen:

Rp. Oleum Chenopodii anthelminthici gtt. 16.
Menthol 0,2.
Misce, dentur tal. dos. No. VI ad capsul. gelatinos.

S. An 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 3 Kapseln (2 stündlich 1 Kapsel) mit heißem Milchkaffee vormittags zu nehmen; ferner

Rp. Oleum Ricini 70,0.

D. S. An 2 Tagen je 2 Eßlöffel in Bierschaum usw. 2 Stunden nach der 3. Wurmkapsel zu nehmen. Grätzer.

K. Taege, Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säuglings durch Behandlung seiner stillenden Mutter mit „606". (Aus der Univers.-Hautklinik zu Freiburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 33.) Das Kind wog bei der Geburt 2400 g, war welk, greisenhaft, schrie nicht, lag apathisch da; nach 9 Tagen bekam es Pemphigus am Fuß, eine Paronychia an den Fingern. Jetzt wurde die Mutter einer Kur mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel unterzogen. Schon nach 3 Tagen zeigte sich beim Kinde plötzliche Rückbildung aller Symptome, sehr bald schwanden sie ganz, und das Kind wies auch einen vollkommenen Umschlag des Allgemeinbefindens auf, nahm an Gewicht zu und war völlig symptomlos.

Heut können wir also fordern, daß die infizierte Mutter selbst stille und von Anfang des Stillens an mit „606" behandelt werde.

Grätzer.

J. Fränkel, Ergebnisse der Kriechbehandlung. (Aus der Kgl. chirurg. Klinik in Berlin.) (Ebenda.) Die Resultate bei Skoliose waren sehr zufriedenstellend, wobei sich herausstellte, daß bestehende Herzbeschwerden sich nicht nur nicht verschlimmerten, sondern sogar besser wurden. Grätzer.

K. Dresler (Kiel), Weiteres über Kefirmilch als Säuglingsnahrung. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 31.) D.s Ausführungen seien wörtlich wiedergegeben:

„In Nr. 27, 1908 der Medizin. Klinik gab ich meine 4jährigen Erfahrungen über Kefirmilch als Säuglingsernährung bekannt. In den beiden Jahren 1908 und 1909 habe ich wieder viele Beiträge für die Brauchbarkeit der Kefirmilch beim Säugling in gesunden und kranken Tagen sammeln können. Ich will jedoch von der Anführung von Krankengeschichten absehen und verweise auf die obige Veröffentlichung, die ausreichende Orientierung gibt an der Hand einer Reihe solcher.

Zum einen Teil sind meine guten Erfahrungen mit Kefirmilch als Säuglingsnahrung von Tollens bestätigt worden, der im städtischen Krankenhause zu Kiel sehr elende Säuglinge mit chronischen Ernährungs- und Magendarmstörungen mit gutem Erfolge mit Kefir ernährte. Tollens hat für seine besonderen Zwecke mein Herstellungsverfahren ein wenig abgeändert, um bei den großen Anforderungen, die die Pflege dieser Säuglinge an das zur Verfügung stehende Personal stellte, die mit der Kefirbereitung verbundenen Mühe auf das geringste Maß zu beschränken.

Jedem jedoch, der sich erstmalig mit der Herstellung und Verwendung des Kefir bei Säuglingen befassen wird, rate ich dringend, sich zur Vermeidung von Mißerfolgen streng an meine diesbezüglichen Vorschriften zu halten.

Eine kleine Änderung im Herstellungsverfahren habe ich auch eintreten lassen, und zwar die, daß die Flaschen nach dem Ansetzen nicht mehr geschlossen werden, sondern offen stehen bleiben. Diese Änderung ergab sich als notwendig bei der Herstellung des Kefir durch Apotheke und Meierei im Großbetriebe, der es nicht zuläßt, im Laufe des Tages die einzelnen Flaschen nochmals nachzuprüfen oder zu schütteln. Bleiben die Flaschen an staubfreiem Orte, oder nur mit Papier zugedeckt, offen stehen, so kann man sie ruhig sich selbst überlassen und hat am nächsten Morgen tadellosen Kefir. Als Menge reicht zum Ansetzen aus für $^1/_2$ l 65—70 g, für den ganzen Liter 120—130 g zweitägigen Kefirs. Die Temperatur ist für den ersten Tag 13—14° R, für den zweiten 10—12° R geblieben. Die Einfachheit und Billigkeit des Herstellungsverfahrens ermöglichte es hier in Kiel, den Preis auf 20 Pf. für den halben und 30 Pf. für den ganzen Liter festzusetzen, ein auch für Minderbemittelte nicht unerschwinglicher Preis. Es ist selbstverständlich, daß mit dem so gelieferten Kefir dieselben Erfolge zu erzielen sind und auch von mir erzielt wurden, wie mit dem im einzelnen Haushalt hergerichteten.

Auf Grund einer sehr fleißigen und eingehenden Studie über Yoghurt und seine Verwendbarkeit bei Säuglingen kommt Klotz zu einem wenig günstigen Urteil über den Kefir als Säuglingsnahrung. Recht hat Klotz darin, daß der Yoghurt nicht 0,2 $^0/_0$, sondern nur 0,02 $^0/_0$ Alkoholgehalt hat, also alkoholärmer, wie mein Kefir mit 0,1 $^0/_0$ ist. Die unrichtige Angabe, daß der Yoghurt 0,2 $^0/_0$ Alkohol enthalte, findet sich bei verschiedenen Autoren der Yoghurtliteratur, und es ist gut, daß sie endgültig richtiggestellt wird. Aber auch der höhere Alkoholgehalt meines Kefir mit 0,1 $^0/_0$ ist doch so außerordentlich gering, daß er völlig unschädlich ist. Ich habe noch niemals auch nur die geringsten schädlichen Wirkungen davon beobachten können. Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit, in den Familien zweier Kollegen, die zunächst wegen des Alkoholgehaltes für die Kefirernährung bei ihren Babys sich nicht erwärmen konnten, diese doch durchzuführen, und beide Kollegen gestanden mir nach monatelanger ausschließlicher Kefirernährung ihrer Kleinen ein, daß sie trotz sorgfältigster Beobachtung auch nicht die geringste ungünstige Wirkung des in dem Kefir enthaltenen Alkohols hätten feststellen können, daß vielmehr die körperliche und geistige Entwicklung der Kleinen zu ihrer hellen Freude eine ganz vorzügliche gewesen sei. Ich erwähne dies Geschehnis, um besonders vorsichtige Kollegen und solche, die wie ich abstinent sind, über den Punkt Alkoholgehalt völlig zu beruhigen.

Recht hat Klotz in seiner Kritik über Kefir auch darin, daß Yoghurt und Kefir beides Sauermilchpräparate sind und deshalb an und für sich kein prinzipieller Unterschied zwischen beiden besteht. Aber in der Verwendbarkeit bei gesunden und besonders kranken

Säuglingen sind beide Präparate doch ganz außerordentlich verschieden, und zwar wegen des Säuregrades, der beim Yoghurt 15 $^0/_0$ beträgt und bei weiterer Verwendung desselben Yoghurtstammes nach Klotz sogar von Tag zu Tag nicht unerheblich steigt, bei meinem Kefir aber nur 8 $^0/_0$ ist. Es gibt nun unter einer großen Zahl von Säuglingen immer einige, die auch in gesunden Tagen eine Empfindlichkeit gegen die Zuführung von Sauermilchpräparaten haben, bei denen man nur durch anfängliche kleine Gaben zu einer Gewöhnung daran gelangen kann. Sobald aber eine Ernährungs- oder Magendarmstörung vorliegt, findet sich diese Empfindlichkeit gegen Säure mehr oder minder stark bei fast allen vor: und zwar pflegt sie um so größer zu sein, je schwerer die vorliegende Störung ist. Leider kennt man bis jetzt noch kein Verfahren, welches gestattete, diese Säureempfindlichkeit gradweise zu messen. Weder die Untersuchung des Mageninhaltes noch der Fäzes läßt ein sicheres Urteil zu; höchstens einen gewissen Anhalt gibt die Reaktion des Stuhles, der bei stark saurer Reaktion auch eine starke Säureempfindlichkeit vermuten läßt. Ausschließlich die klinische Beobachtung entscheidet darüber, ob, wenn nach anfänglicher Erholung infolge der Zufuhr eines Sauermilchpräparates eine Verschlechterung im Befinden des Säuglings eintritt, nun eine starke Säureempfindlichkeit vorliegt. Es ist bei schwer erkrankten Säuglingen selbstverständlich, daß man die ersten schweren Erscheinungen durch Schonungsdiät, Tee oder dergleichen und die sonst üblichen therapeutischen Maßnahmen abklingen lassen muß, ehe man eine Sauermilch in ganz kleinen Mengen geben darf. Ein sehr gutes Hilfsmittel zur Milderung der Magendarmerscheinungen, zur Herabsetzung der Säureempfindlichkeit und zur schnelleren Angewöhnung an eine Sauermilch ist das offizinelle Kalkwasser, das sowohl der Schonungsdiät wie auch der Sauermilch in einer Menge von 20 g auf 150 g der trinkfertigen Flasche zugesetzt wird. Es ist den vielen modernen gen- und in-Pulvern an Wirksamkeit weit überlegen.

Meine ersten Kefirversuche brachten mich zu der Überzeugung, daß der Kefir, je sauerer er war, desto weniger von schwerer erkrankten Kindern vertragen wurde. Die verschiedensten Säuregrade lassen sich beim Kefir leicht dadurch erzielen, daß man eine größere Menge zum Ansatz nimmt und ihn sich bei höherer Temperatur, als die von mir als Optimum angegebene, unter mehrmaligem Schütteln am Tage entwickeln läßt. Säuregrade von 10 $^0/_0$ wurden schon schlecht vertragen, bei 12 $^0/_0$ Säure wurde er für schwererkrankte Kinder unverwendbar. Es ist deshalb bei Verwendung von Sauermilchen von grundsätzlicher Bedeutung, daß man nur die mit einem Säuregrade unter 10 $^0/_0$ nimmt. Ich habe daher auch, als der Yoghurt, weit überschätzt, sich überall breit machte, keine Versuche mit ihm bei Säuglingen angestellt, weil ich bei seinem hohen Säuregehalt sehr mit Recht nur ungünstige Resultate erwarten konnte.

Des weiteren ist es bei der Verwendung von Sauermilchen von grundsätzlicher Bedeutung, daß man nicht früher Zucker oder Zuckerlösungen zusetzt, bis eine gute Erholung eingetreten ist, und der Stuhl längere Zeit alkalisch gewesen ist.

Meist tritt diese leicht alkalische Reaktion des normalen Kefirstuhles bereits nach einigen Tagen ein. Manchmal jedoch, namentlich wenn der Verdauungskanal lange mit Kindermehlen mißhandelt wurde, läßt die Abschwächung der sauren Stuhlreaktion auch recht lange auf sich warten. Sobald sie jedoch neutral oder schwach alkalisch geworden ist, beginne ich mit Zuckerzusatz, den ich jedoch sofort auf einige Zeit wieder aussetze, sobald sich wieder saurer Stuhl einstellt. Ich ziehe dabei die meiner Erfahrung nach am besten verträglichen Soxhletmalzextraktpräparate anderen Zuckerarten vor. Bei Neigung zu dünnem Stuhl nehme ich Soxhlets Nährzucker, bei Neigung zu festem Soxhlets verbesserte Liebigsuppe, mit $^1/_2$ Teelöffel beginnend, bis $1^1/_2$ Teelöffel auf die Flasche natürlich unter steter, gleichzeitiger Kontrolle der Stuhlreaktion.“ Grätzer.

H. Tachau, Die intravenöse Injektion des Heilserums bei Diphtherie. (Aus der Medizin. Klinik des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Therapie d. Gegenwart. August 1910.) Es wurde kein therapeutischer Vorteil gegenüber der subkutanen Injektion gesehen, dagegen recht unangenehme Zwischenfälle beobachtet, weshalb von dieser Applikationsweise, nachdem bei 78 Fällen 100 intravenöse Injektionen gemacht waren, Abstand genommen wurde. Grätzer.

A. Niemann, Ein Beitrag zur Behandlung der Erektionen der Kinder. (Aus der Poliklinik f. kranke Kinder der kgl. Charité in Berlin.) (Therap. Monatshefte. August 1910.) N. hat in der Kinderpoliklinik der Charité während des letzten Jahres eine große Anzahl solcher Fälle beobachtet, daß man bei Kindern, die, ohne zu masturbieren, an häufigen Erektionen leiden, zunächst vergeblich nach einer lokalen Ursache fahndet: entzündliche Affektionen an den Genitalien, Würmer u. a. sind nicht vorhanden, die Vorhaut läßt sich ohne Schwierigkeit über die nicht entzündete Eichel zurückschieben. In solchen Fällen wird man geneigt sein, auch wenn Onanie von der Umgebung des Kindes nicht beobachtet ist, das Auftreten der Erektionen dennoch als ein Symptom der bereits erwachten Vita sexualis aufzufassen und die Behandlung von diesem Gesichtspunkte aus zu beginnen.

Die von N. beobachteten Fälle lehren jedoch, daß man mit einer solchen Annahme vorsichtig sein soll, und daß es oft ganz geringfügige, der oberflächlichen Untersuchung leicht entgehende Ursachen sind, die einen peripheren Reiz auf das Erektionszentrum auszuüben vermögen. Man wird sie entdecken, wenn man sich nicht damit begnügt, festzustellen, daß keine Phimose vorhanden ist, vielmehr stets die Vorhaut nicht nur über den größten Teil der Eichel, sondern unter Freilegung des Sulcus coronarius bis an ihre Ansatzstelle zurückzuschieben versucht. Dann findet man häufig, daß dies nicht ohne weiteres möglich ist, weil am hinteren Teile der Eichel und in der Gegend der Corona glandis Verklebungen mit dem inneren Vorhautblatte vorhanden sind. Diese Verklebungen sind so wenig ausgedehnt, daß man sie leicht übersieht, zumal entzündliche Erscheinungen fast immer vollkommen fehlen. Löst man die Verklebungen, was manuell mit Hilfe von etwas Mull oder Watte unschwer gelingt, so findet man

den Sulcus coronarius manchmal leicht gerötet, immer aber größere Mengen retinierten Smegmas.

So geringfügig diese Affektion ist, sie gibt dennoch Veranlassung zu spontanen Erektionen, die oft schmerzhaft sind, und deren Häufigkeit gleich der durch sie bewirkten Belästigung oder gar Beängstigung des Kindes in gar keinem Verhältnis zur Größe des lokalen Reizes zu stehen scheint. Bedenkt man aber, daß gerade die Gegend des Sulcus coronarius sehr reich an nervösen Apparaten (Endkörperchen) ist, so ist es begreiflich, daß hier auch geringfügige Reize, wie sie etwa durch die Retention von Smegma veranlaßt werden, zu einer Erregung des Erektionszentrums führen können.

Die Behandlung besteht einfach in der Lösung der Verklebungen nebst Reinigung der betreffenden Teile, welche Prozedur eventuell ein- bis zweimal wiederholt werden muß. In den von N. beobachteten Fällen sah er hiernach stets die Erektionen seltener werden und binnen kurzem ganz verschwinden. Grätzer.

J. und **W. Cronheim,** Weitere Untersuchungen über die Bedeutung des Lezithins für den Stoffwechsel des Säuglings. (Zeitschrift f. diät. u. physik. Therapie. Bd. 14. Heft 5.) Die von den Verff. ausgeführten Untersuchungen sind an Säuglingen angestellt und ergeben mit Sicherheit, daß die Assimilation des Stickstoffs, der Eiweißansatz, sich wesentlich günstiger gestaltet, wenn ein Teil des notwendigen Phosphors in der Form von Biozitin gereicht wird. Das Fett wurde in der Biozitinperiode weniger gut ausgenützt; doch ist diese schlechtere Ausnützung nicht auf die Darreichung von Biozitin zurückzuführen, sondern im wesentlichen auf die Zugabe von Butter, die von Säuglingen nicht voll ausgenützt wird. Was den Phosphorstoffwechsel anlangt, so war der Gesamtgehalt des Kalkes an Phosphor in den Lezithinversuchen stets geringer, und es wurden an dem Körper erheblich größere Mengen Phosphor aufgenommen. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die größere im Körper zurückgehaltene Phosphormenge für das Gesamtbefinden des Organismus bedeutungsvoll ist. Der Kalkansatz war in der Biozitinperiode geringer, Magnesia wurde besser resorbiert.

Es ergibt sich also im wesentlichen ein günstiger Einfluß des Lezithins bezüglich der Assimilation von Stickstoff und Phosphor. Da die Nährstoffmengen in beiden Perioden absolut gleich gehalten waren, kann es sich nur um eine spezifische Wirkung des im Biozitin enthaltenen Lezithins gehalten haben. Freyhan (Berlin),

H. von Oeynhausen, Über einen Fall von Thoracopagus tetrabrachius. (Archiv f. Gynäkologie. Bd. 86. Heft 1.) Beschreibung einer in der Göttinger Frauenklinik beobachteten Mißgeburt, die nur geburtshilfliches Interesse bot. Es handelte sich um eine Doppelmißbildung: monomphaler, autositärer Thorakopagus mit gemeinsamem Sternum, gemeinschaftlicher Brust- und Bauchhöhle usw. Trotz Zerstücklung war die Entwicklung sehr schwierig; die Mutter verblutete an einem großen Riß des Uterus. Wegscheider.

R. Th. Jaschke, Eine neue Milchpumpe. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr. 16.) Diese in der Wiener Universitätsfrauen-

klinik Rosthorns ausgeprobte neue Milchpumpe ist sauber, praktisch und einfach. Der natürliche Saugakt wird im Prinzip nachgeahmt durch Anwendung einer Stempelspritze und eines Kegelventils an der Straußschen Pumpe, während der Glasteil in der Form der Ibrahimschen Milchpumpe ähnlich ist. In 8—15 Minuten kann man beide Brüste vollständig entleeren, die Milch steril auffangen und der Flasche zuführen. (Bezugsquelle: Bachheimer und Schreiner, Wien IX/3.) Wegscheider.

N. La Mensa, Lichen scrophulosorum mit generalisierter Dornenbildung. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910. Heft 2 u. 3.) Der 12jährige, schwach gebaute Knabe litt an chronischer Bronchitis und Fieberanfällen, als mit nur geringem Jucken auf Brust, Rücken und Abdomen kleine wenig erhabene, mit dünnen Schuppen versehene Herde erschienen, sich langsam verbreiteten und die Schuppen allmählich abstießen, unter denen auf wenig pigmentierten Knötchen sitzend Hornfilamente sichtbar wurden. Die Hornfortsätze verlängerten sich, die Knötchen traten deutlicher hervor, bildeten aber keine neue Schuppe und verschwanden, ohne Spuren zu hinterlassen. Der Prozeß zeigte ein zentrifugales Wachstum, wie an den 3 Zonen der Herde, einer inneren, leicht pigmentösen, mittleren mit dicht stehenden Dornen und äußeren abschuppenden zu erkennen war. Trotzdem diese Hornfilamente das Charakteristische in dem Bilde waren, ist Verf. doch der Meinung, daß diese bei follikulären Prozessen vorkommende Erscheinung nichts mit der Diagnose der Erkrankung zu tun habe. Vielmehr deute sowohl der klinische Befund als die histologische Struktur des perifollikulären Infiltrats (kleine einkernige Zellen und zahlreiche, teils polynukleäre Riesenzellen), zudem auch der positive Ausfall der Ophthalmo- und Kutireaktion auf einen Lichen scrophulosorum hin. Max Joseph (Berlin).

Vossius (Gießen), Zur Frage der Keratitis parenchymatosa centralis annularis. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai—Juniheft 1910.) Verf. verteidigt — gegenüber Gilbert — seinen Standpunkt betreffs Sonderstellung der „Ringtrübung" im Krankheitsbilde der gewöhnlichen parenchymatösen Keratitis; es gebühre dieser Form wegen ihres typischen klinischen Bildes ein besonderer Platz.

Auch der Verf. hat beobachtet, daß auf dem einen Auge die gewöhnliche, schulmäßige, diffuse, parenchymatöse Keratitis, auf dem anderen die annuläre Keratitis und bei einem Rezidiv kein Ring auftreten kann. Sommer (Zittau).

Nacht, Ein Fall von Stauungspapille und Erblindung nach Keuchhusten, geheilt durch Trepanation. (Aus der Augenklinik von Prof. Froehlich, Berlin.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Mai—Juni-Heft 1910.) Die Stauungspapille ist eine bis jetzt sonst noch nicht beobachtete Komplikation des Keuchhustens. Sie ist zurückzuführen auf eine durch die häufigen krampfhaften Hustenanfälle hervorgerufene venöse Stase mit Transsudationen, vorzüglich in die Gehirnbinnenräume, ohne jede entzündliche Toxinwirkung.

Tritt bei Stauungspapille, wahrscheinlich infolge plötzlich erheblich gesteigerter Stauung und Kompression der Optikusfasern

plötzliche „Amaurose“ ein, so ist die Prognose (vielleicht besonders bei jugendlichen Individuen) bei sofort vorgenommener Trepanation eine gute. Jedes Zögern bedingt eine mehr oder weniger starke Atrophia nervi optici mit entsprechender Läsion der Funktion.

Es ist also die Diagnose „absolute Amaurose“ nicht gleichbedeutend mit unheilbarer Erblindung. Sommer (Zittau).

Otto Lukinger, Arrosion der Karotis im Verlaufe von Diphtherie. (Diss. München 1909.) Die Literatur über Arrosion von Blutgefäßen im Verlaufe von Erkrankungen der Halsorgane ist nicht allzu umfangreich. Die angezeigte Arbeit geht dann auch nach einer Übersicht über die anatomischen Verhältnisse der Halsregion und über die Ätiologie und Mechanik der Blutungen aus den großen Halsgefäßen auf einige bemerkenswerte Fälle näher ein und beschreibt im Anschluß hieran einen im Haunerschen Kinderspital in München zur Behandlung und im pathologischen Institut zur Autopsie gelangten Fall. Derselbe gibt von der Tücke und Bösartigkeit derartiger Prozesse ein besonders gutes Bild und ist noch insofern bemerkenswert, als die Gefäßarrosion im Verlaufe einer reinen Diphtherie erfolgte und nicht, wie in den übrigen Fällen, als eine Komplikation von Scharlach oder einer solchen mit Diphtherie gepaart in Erscheinung trat.

Der $6^1/_2$jährige, mäßig kräftig entwickelte Knabe, am 3. Nov. erkrankt, kommt am 5. Nov. 1908, nach vorheriger Seruminjektion, mit schwerer Rachendiphtherie zur Aufnahme. Am 6. und 7. Nov. zeigt sich ein hämorrhagisch-vesikulöses Exanthem zuerst auf der Haut, dann auf der Mundschleimhaut. Starker Foetor ex ore. Zahnfleisch zum Teil in eine schmierige Masse verwandelt. Die Beläge im Rachen sind außerordentlich ausgedehnt und berühren sich, so daß die von Belägen überzogene Uvula zwischen den belegten Mandeln eingequetscht erscheint, die Membranen aber (am 8. und 9. Nov.) ziemlich locker. Halslymphdrüsen teilweise pflaumengroß. Bronchitis über beide Lungen. Im Harn viel Eiweiß. Temp. 39,9. Die Atmung von pharyngealem Stridor begleitet. Am 10. Nov. morgens plötzlich stärkere Atemnot. Die Intubation bringt sofort Erleichterung. Beläge weich und zerfließlich. Das Kind hustet wiederholt sehr viele mit Blut vermischte, käsige Bröckel aus. Am Nachmittag, knapp eine Stunde nach der probeweise versuchten Extubation, höchste Zyanose, die aber durch Reintubation behoben wird. Am 11. Nov. morgens wieder Extubation, wegen der sofort sich einstellenden Atemnot nunmehr Tracheotomie. Seit Einführung der Kanüle ruhiges Verhalten und frisches Aussehen. Die Beläge haben sich zum großen Teil abgestoßen. Beim Wechsel der Kanüle am 13. stellt sich die Atmung durch den Kehlkopf als frei heraus. Am 14. wird die Kanüle entfernt und probeweise fortgelassen. Bronchitis noch vorhanden. Nachdem am 14. und 15. das Befinden sich wesentlich gebessert hatte, die Atmung ohne Kanüle ganz unbehindert gewesen war, wird in der Nacht vom 15. auf 16. ganz plötzlich die Einführung der Tube wieder notwendig. Gegen Morgen rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Große Mattigkeit und Blässe. Vertauschung

der Tube mit der Kanüle. Am 17. vormittags 10 Uhr Décanulement. Die durch Ausreißen der unteren Naht ziemlich weit klaffende Wunde ist schmierig belegt, aus der Trachea dringt reichlich stinkender Eiter. Temperatur ist wieder auf 38,2 gestiegen. Etwa 1 Stunde nach Herausnahme der Kanüle ergießt sich plötzlich ein 2—3 Finger dicker Blutstrom kontinuierlich aus der Wunde. Nach 8 Sekunden war der Tod eingetreten. Vom Ergebnis der Sektion sei nur das Wichtigste angeführt: In dem Winkel zwischen der Abgangsstelle der rechten Carotis communis und der Subclavia dextra fand sich eine mißfarbene, schlitzförmige Öffnung mit zackigen Rändern, durch welche man in eine rechts von der Trachea gelegene, nach unten bis auf den rechten Lungenhilus, nach oben bis an den unteren Rand der Schilddrüsen reichende zum Teil noch von Blut gefüllte Abszeßhöhle gelangte. Von dieser wiederum führte eine 2,7 cm oberhalb der Bifurkation gelegene Öffnung in der Seitenwand der Trachea in deren Lumen hinein. Das Wesentliche ist also der paratracheale Senkungsabszeß, in welchem die arrodierte Carotis communis dextra mündet und der mit der Trachea kommuniziert. Durch diesen Befund ist die Ursache der Blutung und der Weg, den dieselbe genommen, klargelegt. Es zeigt sich aber auch, daß von einer sicheren Diagnose oder gar Therapie in diesem Fall schwerlich die Rede sein konnte, da der Abszeß in seinem Bestreben, sich zu senken, äußerlich gar keine Erscheinungen machte und so unbemerkt blieb. Allmählich griff also die eitrige Gewebseinschmelzung, nicht einmal durch abnorme Temperaturen sich verratend, um sich, mehr und mehr wurde die dünne Gefäßwand angenagt und schließlich durchbrochen, nachdem schon vorher die Trachealwand durchfressen war. Und nun ergoß sich der Blutstrom zum kleinen Teil in die Bronchien und Lungen, zum größten Teil durch die tracheale Operationswunde nach außen, und der enorme Blutverlust führte in kürzester Zeit zum Tode.

Wir sehen aus dem Angeführten, wie überraschend, unheilvoll und tückisch unvorhergesehene Zufälle im Verlauf von Diphtherie oder Scharlach vorkommen können. Möge dasselbe eine Lehre sein und die Erinnerung wachrufen daran, daß der Arzt bei der Beobachtung und Behandlung derartiger Krankheitsbilder niemals eine Komplikation außer Acht lassen dorf, die, wenn auch zum Glücke selten, doch bei jeder Abszeßbildung eintreten kann, das ist die Gefäßarrosion.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Wiener, Über Ozonieren von Milch. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 26.) W. gibt eine Methode an, mit der es gelingt, eine vollkommene Befreiung der Milch von pathogenen Keimen und Toxinen zu sichern, ohne daß die Milch chemisch verändert, ihre Schutzstoffe irgendwie tangiert wurden; die Dauer ihrer Haltbarkeit ist wesentlich verlängert.

Grätzer.

F. Hamburger u. Pollak, Über Inkubationszeit. (Aus dem Kinderspital der Wiener Allgem. Poliklin. (Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 32.) In dieser III. Mitteilung stellen die Verf. fest:

1. Schon während des Inkubationsstadiums der Serumkrankheit besteht eine spezifische Serumüberempfindlichkeit.

2. Dieselbe erscheint nicht plötzlich, sondern nimmt in ihrer Intensität allmählich zu.

Grätzer.

M. Schein (Budapest), Die Kontinuität der Funktion der Milchdrüsen. (Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 38.) Die vorliegende Arbeit hat zweierlei Zweck. Erstens zu beweisen, daß es eine insensible innere Sekretion der Mammae gibt, von der wir bisher keinerlei Kenntnis besaßen, zweitens zu beweisen, daß die Funktion der Mammae nicht eine periodische und diskontinuierliche, sondern eine kontinuierliche ist, indem in denjenigen Zeitperioden, wo kein sichtbares Sekret — Milch oder Kolostrum — zutage gefördert werden kann, eine kontinuierliche insensible Funktion verschiedenen Grades stattfindet.

Grätzer.

J. v. Bókay, Über die chirurgische Behandlung des chronischen und angeborenen Hydrocephalus internus des Kindesalters. (Wiener med. Wochenschrift 1910 Nr. 27.) Verf. präzisiert seinen Standpunkt in folgenden Sätzen:

1. Die bisher angewendeten komplizierten operativen Eingriffe sowie die subkutane, bzw. intrakraniale Drainage der Seitenventrikel (Mikulicz), fernerhin die subkutane Drainage des kranialen Subarachnoidealraumes, sowie des Subduralraumes der Medulla spinalis, die Transplantation der Vena saphena nach Payr, sowie endlich die peritoneale Drainage der Ventrikel ergaben bis jetzt sozusagen gar kein Ergebnis und sind demnach von keiner nennenswerten praktischen Bedeutung.

2. Es wird durch meine während längere Zeit hindurch beobachteten Fälle die expuisit heilende Wirkung der systematischen Lumbalpunktionen nach Quincke unzweifelhaft nachgewiesen, u. zw. für alle jene Fälle, wo die Kommunikation zwischen den Gehirnventrikeln und dem Subarachnoideal-, bzw. Subduralraume des Gehirns und Rückenmarkes ungestört besteht.

3. Für all jene Fälle, wo die Kommunikation gestört oder vollkommen aufgehoben ist, sind die direkte, bzw. indirekte, mit Kraniotomie verbundene Seitenventrikelpunktion, sowie der Bramann-Antonsche Balkenstich jene chirurgischen Eingriffe, welche von Wirksamkeit sein können.

4. Hochgradige offene oder bedeutende geschlossene interne Hydrozephali sind durch kein chirurgisches Verfahren beeinflußbar.

5. Die systematische Lumbalpunktion nach Quincke kann bei offenem internen Hydrozephalus Jahre hindurch ohne Schaden fortgesetzt werden.

6. Die systematische Lumbalpunktion ergibt um so bessere Ergebnisse, je früher die Fälle zur Behandlung kommen und je weniger

die Gehirnsubstanz infolge des gesteigerten Intrakranialdruckes gelitten hat.

7. Die Lumbalpunktion soll nicht in kürzeren Intervallen als 4—6 Wochen angewendet werden, ferner soll die einmalige Liquormenge nicht mehr als 50 cm^3 betragen.

Grätzer.

M. Dobrovits (Pozsony), Über die Heilwirkung von Ehrlichs „606" durch die Mutter auf den Säugling. (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 38.) Obwohl der chemisch-physiologische Vorgang einer Heilwirkung durch die Mutter auf den Säugling noch nicht festgestellt ist, so spricht folgender Fall aufs deutlichste dafür.

Frau A. Ch., 24 Jahre alt, leugnet, jemals an Syphilis gelitten zu haben, in vierjähriger Ehe hat sie zweimal abortiert, das letzte Kind ist jetzt 4 Monate alt und hat bald nach der Geburt einen Bläschenausschlag bekommen, der als harmlos unbeachtet blieb. Dieser Ausschlag entwickelte sich jedoch immer mehr und ist heute (20. August) über die Schenkel, das Gesicht, den Rücken und die Arme als kupferroter, schuppender, an einzelnen Stellen von einer Blasendecke bedeckter Ausschlag zu sehen, in der Leisten- und Kniegegend ein sezernierendes Geschwür, Handflächen und Fußsohlen pergamentartig glänzend, leicht schuppend. Zwischen den Zehen, an Mund, Nase, Augen und Afteröffnung blutende Rhagaden. Die Atmung ist durch die stark sezernierende Nase sehr beeinträchtigt.

Die Mutter zeigt keine klinischen Symptome. Wassermann + +.

Die Frau stillt das seit einiger Zeit abmagernde Kind. Der Vater entzieht sich der Untersuchung. 23. August Injektion von 0,60 Ehrlich unter die Haut des Rückens der Mutter. Vier Tage, und zwar 23. August 38,2, 24. August 38,9, 25. August 37,1, 26. August 38,6, höhere Temperatur und bedeutende Schmerzen, sowie starke Schwellung der Injektionsstelle, vom 27. August an Fieber und Schmerzen geschwunden, die Frau fühlt sich vollkommen wohl.

Befund am Kinde den 27. August: Die Rhagaden an den verschiedenen Körperöffnungen geheilt. Die schuppenden Ausschläge glatt, zeigen blaßbraune Färbung und kleienartige Abschuppung. Die sezernierenden Geschwüre der Leistenfalte und Kniebeuge überhäutet. Fußsohlen und Handflächen blaßrosa, jedoch noch glänzend, Atmung durch Nase freier.

Zu bemerken ist noch, daß die Milchsekretion während dieser kritischen Tage trotz Fiebers nicht abgenommen hat und das Kind erstaunlich ruhig war.

Da die Rückbildung der Erscheinungen am Kinde heute, den 5. September, noch bedeutendere Fortschritte gemacht hat, glaube ich berechtigt zu sein, entgegen dem Rate Ehrlichs, auch dem Kinde noch eine Injektion zu machen, die Sterilisatio magna des Kindes durch die Muttermilch eintreten zu lassen.

Grätzer.

V. Hutinel (Paris), Sérothérapie et anaphylaxie dans la méningite cérébro-spinale. (La presse médicale. 1910. Nr. 53.) Die Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis mit Antimeningokokkenserum hat in bedeutender Weise die Prognose dieser Krankheit geändert, und man kann heute die glänzenden Erfolge der Serotherapie bei derselben nicht leugnen. Man muß das Leiden aber trotzdem als eine schwere Krankheit ansehen, und viele Kinder sterben noch daran, und es bleiben mitunter auch nach der vollständigen Heilung der Grundkrankheit sensorielle, motorische und psychische meist unheilbare Störungen. Von besonderer Wichtigkeit ist es aber zu wissen, daß das Serum selbst in gewissen Fällen und unter besonderen Umständen schwere Erscheinungen und selbst den

Tod bewirken kann. Es handelt sich in diesen Fällen um anaphylaktische Phänomene, und der Verf. bringt mehrere einschlägige Fälle, um das Erwähnte zu illustrieren.

Es handelt sich dabei meist um Kinder, denen durch mehrere Tage hindurch eine gewisse Menge von Antimeningokokkenserum intrarachidian eingespritzt worden ist, deren Krankheit sich besserte, um nach einem mehr oder weniger langen Zeitabschnitte wieder eine Verschlimmerung zu zeigen. Wurde nur wieder Serum eingespritzt, so traten gleich schwere Erscheinungen auf, hauptsächlich Konvulsionen, Opisthotonus, Bewußtlosigkeit, Koma und endlich der Tod. In zwei Fällen fand man außer epidemischer Meningitis auch noch tuberkulöse Meningitis vor, und es ist nicht unmöglich, daß letztere den betreffenden Patienten eine besondere Empfindlichkeit für das Serum verliehen hatte. In anderen Fällen wieder waren starke Entzündungen der Meningen zu sehen.

Die Untersuchungen des Pasteurschen Institutes haben gezeigt, daß die Erwärmung des Serums auf 56° während einer Stunde durch 4 Tage hintereinander seine Toxizität in bedeutendem Maße herabsetzt, doch nicht vollkommen aufhebt. Durch Erwärmung auf 100° kann man die Giftigkeit desselben vollkommen zum Schwinden bringen, leider aber auch die therapeutische Wirksamkeit. Es bleibt also noch notwendig, in eingehender Weise die Frage zu studieren, wie man den anaphylaktischen Eigenschaften des Antimeningokokkenserums vorbeugen kann, ohne die therapeutische Wirksamkeit desselben zu schwächen.

E. Toff (Braila).

E. Weill et **G. Mouriquand** (Lyon), Le triangle primitif d'hépatisation pneumonique. (La presse médicale. 1910. Nr. 57.) Die Verff. haben auf einen interessanten radiologischen Befund hingewiesen, den man bei Kindern im Verlaufe einer Pneumonie beobachten kann. Es tritt nämlich in den ersten Tagen der Krankheit ein dunkles Dreieck im Brustraume auf, dessen Basis in der Axillarlinie liegt und dessen offener Winkel gegen den Lungenhilus hin gerichtet ist. In den folgenden Tagen, durch Hinzutreten neuer dunkler Teile an den Rändern dieses Dreiecks, erscheint ein großer Teil des Lungenparenchyms verdunkelt, sowohl gegen die Spitze, als auch gegen die Basis hin, und das erwähnte Dreieck erscheint entweder als sehr verschwommen, oder es verschwindet ganz, indem es mit den neuen dunklen Flecken zusammenfließt. Falls die Krankheit sich bessert, verschwinden zuerst die hinzugekommenen dunklen Teile, und das ursprüngliche Dreieck erscheint wieder wie vorher.

Dies ist in schematischer Weise die Evolution des radiologischen Dreiecks im Verlaufe einer Lungenentzündung bei Kindern, doch ist der Verlauf nicht immer der gleiche. In manchen Fällen erscheint das Dreieck erst bei Beginn der Heilung.

Die Erklärung des erwähnten Befundes ist darin zu suchen, daß die Entzündungen des oberen Lappens in der hinteren unteren Gegend desselben auftreten, während die Lungenspitze anfangs keine Hepatisation, sondern vielmehr ein emphysematöses Stadium aufweist. Daher ist auch empfehlenswert, bei beginnender Lungenentzündung in der

Achselhöhle zu auskultieren, da man hier meist die ersten Zeichen der beginnenden Hepatisation vorfindet.

Des weiteren kann man aus dem erwähnten, erst einige Tage nach Beginn der Krankheit auftretenden Befunde den Schluß ziehen, daß die Lokalisation in der Lunge ein Spätsymptom der allgemeinen Pneumokokkeninfektion ist, und daß eine primitive Pneumopathie nicht anzunehmen ist. Bei frühzeitiger Lokalisation ist auch die Prognose als sehr ernst zu stellen. E. Toff (Braila).

P. Teissier und **R. Bénard**, Recherches sur la réaction de Wassermann dans la scarlatine. (Compt. rend. Soc. de Biologie. 12. Februar 1910.) Bekanntlich haben Much und Eichelberg, wie sie vor 2 Jahren mitteilen konnten, im Laufe des Scharlachs, und zwar in 40% der untersuchten Fälle, eine positive Wassermannreaktion gefunden. Mit dem Serum nichtsyphilitischer Scharlachkranker, die ihnen im Hospital Claude-Bernard zur Verfügung standen, haben die Verff. mit Hilfe wässeriger Antigene syphilitischer Leber die Wassermannreaktion untersucht.

Es handelte sich vornehmlich um solche Scharlachkranke, die an Störungen oder Erkrankungen der Leber zugleich litten (95%). Drei Reihen von Kontrollexperimenten wurden regelmäßig ausgeführt: a) mit dem Serum von solchen Personen, die nach dem Ausfall früherer Reaktionen als nicht syphilitisch gelten durften; b) mit dem Serum Syphilitischer; c) mit dem Serum von Kranken ohne Antigen (um zu sehen, ob es nicht für sich allein das Komplement fixiert). Durch Variierung der Antigenmenge nach den Tuben wurden als absolut positive Resultate gezählt diejenigen, bei denen überall ein Fehlen von Hämolyse vorhanden war, als partiell positiv diejenigen, wo eine Spur Hämolyse in einem der ersten Gläser vorhanden war. Unter diesen Voraussetzungen erhielten die Verf. 84% ganz oder teilweise positive Resultate.

Die Häufigkeit der positiven Resultate erscheint den Verff. auf den Umstand zurückführbar, daß es sich um leberleidende Scharlachkranke handelte, und es will ihnen scheinen, als ob die Wassermannreaktion als Ausdruck humoraler Reaktionen gegenüber den aus einer funktionell veränderten Leber stammenden Substanzen betrachtet werden dürfte. Sie soll bei der Syphilis und dem Scharlach als Beweis des Auftretens eines Leberantikörpers gelten.

H. Netter (Pforzheim).

Vaucher, Amaurose subite au cours d'une néphrite aiguë avec oedèmes sans azotemie. (Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. 15. April 1910.) Im Verlaufe einer akuten Nephritis mit allgemeinem Ödem wurde die Zunge plötzlich amaurotisch. Die Untersuchung ergab eine intensive Hyperämie des Augenhintergrundes und eine Rosaverfärbung der Papille ohne peripapilläres Ödem. Nach 3 Tagen ging die nahezu völlige Blindheit zugleich mit den peripheren Ödemen zurück.

Diese plötzliche und vorübergehende Amaurose war nicht urämischen Ursprungs, denn der Harnstoffgehalt des Urins ergab eine normale Ziffer (0,33 cg). Die Stickstoffretention kann sonach keine

Rolle bei der Entstehung dieser Erscheinung spielen. Dagegen dürfte das gleichzeitige Verschwinden der Amaurose und der oberflächlichen Ödeme es wahrscheinlich machen, daß die vorübergehende Erblindung auf ein flüchtiges Gehirnödem mit Hypertension der Zerebrospinalflüssigkeit zurückzuführen ist.

H. Netter (Pforzheim).

Louis Fischer, Cerebrospinal meningitis in an infant two months old. Diagnosis made by tapping the lateral ventricles, treatement by intraventricular injections of Flexners antimeningitis serum recovery. (Pediatrics. 1910. Nr. 4.) Rechtzeitig geborenes Brustkind, das am 2. Oktober 1900 im Sydenham Hospital in New York aufgenommen wurde, nachdem es am 29. September mit Erbrechen und Anorexie erkrankt war. Am 1. Oktober Spasmen der Arme, Nackensteifigkeit, Konvulsionen der Augen, Agitation, Insomnie, Aufschreien. Die am 2. Oktober gemachte Lumbalpunktion lieferte 1 ccm einer trüben, blutig tingierten Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Meningokokken. Punktionen am 7., 10., 18. Oktober ohne Resultat. Angesichts der Fortdauer der Erscheinungen macht man am 20. Oktober eine Ventrikelpunktion und entnimmt dabei 15 ccm einer trüben, eitrigen Flüssigkeit mit intrazellulären Meningokokken, die bei der weiteren Untersuchung im Rockefeller Institut positive Kulturen gaben. Ausspülung der Seitenventrikel mit einer Salzlösung von 40° und darauf Injektion durch dieselbe Kanüle, von 25 ccm Flexnerserum. Diese Operation wurde recht gut vertragen. Am 21. derselbe Eingriff mit Injektion von 20 ccm Serum. Im Punktat zahlreiche Meningokokken. Zustand immer noch schwer, Koma, allgemeine Kontraktur. Am 23. Oktober Lumbalpunktion im 4. Spatium intervertebrale; in den 3. wird eine Kanüle eingeführt, durch die 15 ccm Serum eingespritzt werden, von denen etwa 3 ccm aus der ersten Kanüle wieder abliefen. Nun werden 15 ccm Serum durch diese Kanüle eingespritzt, von denen 5 durch die andere Kanüle abflossen, ein Beweis, daß beide Nadeln im Spinalkanal und unter sich in freier Verbindung waren. Im ganzen konnte das Kind 20—25 ccm Serum in seinem Spinalkanal halten. Am 25. Oktober Lumbalpunktion mit 5 ccm trüber Flüssigkeit, Injektion von 15 ccm Serum. Am 27. Injektion von 20 ccm in die Ventrikel, sogleich keine Flüssigkeit zu erhalten war. Am 28. trockene Lumbalpunktion. Im ganzen erhielt das Kind, durch Gehirn oder Rückenmark, 100—105 ccm Serum. Vom 31. Oktober ab Temperatur nahezu normal. Am 20. November trockene Lumbalpunktion. Am 22. Punktion des rechten Ventrikels, 50 ccm klare Flüssigkeit, ohne Meningokokken. Heilung.

H. Netter (Pforzheim).

P. Zenner, Two Cases of Tumor of the Pons. (Journal of nervous and mental diseases 1910, Bd. 37,26.) Von den beiden Fällen interessiert hier vor allem der erste. Er betrifft einen $5^1/_2$-jährigen Knaben, bei dem sich innerhalb von 5 Monaten ein durch stetig zunehmende Kopfschmerzen, Übelkeit und Schläfigkeit gekennzeichnetes Krankheitsbild entwickelte. Sehr bald gesellte sich eine Lähmung des sechsten Hirnnerven, später eine rechtsseitige Hemiparese hinzu mit Babinskischem Zeichen und Fußklonus. Sechs

Wochen ante exit. wurde Stauungspapille festgestellt. Zur Zeit der Operation, an welcher das Kind starb, bestand Sehstörung, beträchtliche Herabsetzung des Kornealreflexes links, Schlingbeschwerden, ausgesprochene Hemiparese, keine Sensibilitätsstörung. Es fand sich ein die ganze Brücke, besonders deren linke Seite durchsetzender Tumor, der sich auch auf die Kleinhirnarme erstreckte und die Umgebung komprimierte. Histologisch stellte er sich als ein Gliom dar, in dem sich auffallend viel Kernteilungsfiguren fanden. Im zweiten Fall, 20jähriger Mann, fehlt eine Autopie. H. Netter (Pforzheim).

R. Matrossowitsch, Ein Fall von Prolaps der Parotis. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 36). Der Fall stellt ein Unikum in der Literatur dar. Ein 4jähriger Knabe bringt sich mit einem scharfen spitzen Messer eine Wunde im Gesicht bei. Dieselbe geht vom linken Mundwinkel aus, durchsetzt die Wange in der ganzen Tiefe bis zum letzten Backenzahn, dringt in die Kaumuskulatur ein und veranlaßt einen Vorfall der Parotis. Da dieselbe sich nicht reponieren ließ, exstirpierte sie der Verf. und vernähte die Wunde. Heilung per primam. S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

82. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte

in Königsberg.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

1. Sitzung am Sonnabend, 17. September 1910.

Vorsitzender: Falkenheim (Königsberg).

Langstein (Berlin): **Die Rolle der Kohlehydrate bei der Ernährung des Säuglings.** (Referatthema). Es ist notwendig, die Rolle der Kohlehydrate bei der Ernährung des gesunden Säuglings scharf von der bei der Ernährung des kranken zu trennen und die Bedeutung des Zuckers und Mehles in der Nahrung nur unter steter Berücksichtigung der Korrelation zu diskutieren, in der sie zu anderen Bestandteilen der Nahrung stehen. Die Frage nach dem absoluten Kohlehydratbedarf muß in den Vordergrund gestellt werden; nicht nur deswegen, weil wir einem Zuviel an Zucker in der Pathogenese der Ernährungsstörungen eine bedeutsame Rolle einräumen, sondern weil es — beim ernährungsgestörten Kinde wenigstens — sichergestellt ist, daß Kohlehydratmangel in der Nahrung das Leben bedroht. Für den Säugling ist Kohlehydratmangel kürzer zu vertragen als für den Erwachsenen, denn der Säugling kann das Eiweiß nur in allerbeschränktestem Umfange zur Kohlehydratbildung heranziehen. Für den absoluten Kohlehydratbedarf bei unnatürlicher Ernährung kann kein anderer Gesichtspunkt maßgebend sein, als der, dem Säugling in einem Volumen, das dem bei natürlicher Ernährung gegebenen möglichst gleichkommt, soviel Nährwert zuzuführen, wie es das Energiegesetz des Säuglings verlangt. Bei zweckmäßiger Dosierung ist auch der Milchzucker für die Anreicherung der Nahrung des Säuglings geeignet. Jedenfalls berechtigt der gegenwärtige Stand der Frage nicht dazu, plötzlich den Milchzucker aus der Ernährung des gesunden Säuglings zu verbannen. Die reine Maltose scheint, selbst

wenn ihr Preis kein so hoher wäre, trotz theoretischer Voraussetzungen, kein ideales Kohlehydrat für die Säuglingsernährung zu sein. Gleichviel, ob wir Milchzucker oder Rohzucker verwenden, empfiehlt es sich, den Nahrungsmischungen noch ein zweites Kohlehydrat in Form von Schleim oder Mehl hinzuzufügen. (Natürliche Mehle, nicht präparierte Kindermehle!) Voraussetzung dafür, daß die Kohlehydrate ihre Aufgaben erfüllen, ist der normale Ablauf jener Vorgänge enzymatischer, bakterieller und osmotischer Natur, die sich im Magendarmkanal abspielen. Als das auslösende Moment der Schädigung durch Kohlehydrate beschuldigt man in erster Linie die aus ihnen im Magendarmkanal durch bakterielle Zersetzung entstehenden Fettsäuren. Auch die direkte Schädigung der Darmwand durch den Zucker wird verantwortlich gemacht. Indes ist die schädigende Wirkung des Zuckers nur im Verband mit anderen Nährstoffen sichergestellt. Schweren Schaden bringt eine Überernährung mit Zucker, gleichviel mit welchem, sowie eine langdauernde, ausschließliche Ernährung mit Mehl (Mehlnährschaden).

In der Pathogenese des Mehlnährschadens spielt die Inanition, insbesondere der Mangel an Stickstoff und Salzen, eine bedeutende Rolle. Auch scheint sich dabei eine chemische Abartung des Organismus zu entwickeln, die mit einem Verlust der Immunität verbunden ist.

Die größte Bedeutung besitzen die Kohlehydrate bei der Ernährungstherapie des Milchnährschadens; sie besteht darin, daß reichlichere Kohlehydratzufuhr die Seifenbildung im Darm verhindert und so den Organismus vor weiterem Erdalkaliverlust schützt. Einen besonders günstigen Einfluß hat dabei Malzextrakt, und zwar scheint die beste Kombination die von Mehl und malzhaltigen Präparaten zu sein. Der bedeutsame therapeutische Effekt der richtig dosierten Kohlehydratzufuhr beim ernährungsgestörten Kinde wird durch das klinische Verhalten klar demonstriert. Vollständiger Verlust der Kohlehydrattoleranz ist mit der Dauer des Lebens unvereinbar. Die Bedeutung kurzdauernder Ernährung von Kohlehydraten bei Tetanie, die große Tauglichkeit dieses Nährstoffes bei Säuglingen mit exsudativer Diathese und bei Rachitikern sind weitere Beispiele, wie segensreich die zweckmäßige Dosierung der Kohlehydrate auch in pathologischen Fällen ist.

Diskussion: L. F. Meyer (Berlin) bespricht die Beziehung der Kohlehydrate zum alimentären Fieber und zur Intoxikation und berichtet über Untersuchungen betreffend das Kohlehydratminimum. Heubner (Berlin) legt Gewicht auf den viel zu wenig beachteten Unterschied, ob man wirklich reinen oder den so häufig verunreinigten Milchzucker verabreicht. Noeggerath (Berlin) weist auf seine Versuche über den Zuckergehalt des Blutes hin und wendet sich gegen die übertriebene Furcht ektogen eingeführter Bakterien mit der Nahrung. In speziell daraufhin gerichteten Untersuchungen am poliklinischen Material ergaben sich ganz enorme Zahlen von Bakterien, die in der Milch knapp vor dem Trinken festgestellt wurden, ohne daß dabei die Säuglinge erkennbaren Schaden litten. Klotz (Straßburg) hält das alimentäre Fieber im wesentlichen für ein bakterielles, hervorgerufen durch Darmbakterien, die durch kleinste Darmläsionen in die Blutbahn eindringen; eine Anschauung, die von L. F. Meyer zu widerlegen versucht wird. Ferner sprachen die Herren Rietschel (Dresden), Bahrdt (Berlin), Soltmann (Leipzig), Langstein.

Bahrdt (Berlin): **Zur Pathogenese der Verdauungs- und Ernährungsstörungen, mit besonderer Berücksichtigung der organischen Säuren.** Ausgedehnte Untersuchungen über die pathogenetische Rolle der an den Zersetzungs- bzw. Gärungsprozessen in der Nahrung und im Verdauungskanal entstehenden organischen Säuren, insbesondere niederen Fettsäuren. Zunächst wurde die Wirksamkeitsgrenze der in Frage kommenden Fettsäuren im Tierversuch festgestellt. Vergleichsweise ergab sich dann, daß die in verdorbener Milch enthaltenen Mengen viel geringer sind, als die wirksamen; hingegen nähert sich bei unzweckmäßiger Mischung und Dosierung der Nahrung die Menge organischer Säuren im Magen schon mehr den toxisch wirksamen Dosen. Im Dünndarm finden sich viel geringere Mengen als im Magen (Schutz durch Pylorusverschluß?). Höchstwahrscheinlich besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer vermehrten Entstehung niederer organischer Säuren und vermehrter Peristaltik. Aber nicht so sehr die ektogen zugeführten Fettsäuren, sondern jene, die bei der Stagnation im Magen entstehen, kommen dabei in Betracht. Die Untersuchungen sprechen also gegen eine wesentliche Beteiligung der verdorbenen Milch an der Sommermorbidität, wohl aber

stützen sie die Auffassung, daß Überfütterung und falsche Zusammensetzung der Nahrung durch vermehrte Bildung organischer, niederer Säuren im Magen zu der häufigsten Form der akuten Störungen, nämlich der Dyspepsie, führen.

Diskussion. Heubner (Berlin) gibt seiner Befriedigung darüber Ausdruck, daß hier eine von ihm schon seit langem vertretene Anschauung ihre experimentelle Bestätigung findet. Rietschel (Dresden) und Moro (München) sprachen sich im Gegensatz zu Soltmann (Leipzig) gegen die gefürchteten Gefahren der ektogenen Infektion aus. Moro (München) weist insbesondere darauf hin, daß die Milch fast stets in abgekochtem Zustande gereicht und daß eine zersetzte, ranzige Milch vom Säugling überhaupt nicht aufgenommen, sondern zurückgewiesen wird.

Erich Müller (Berlin-Rummelsburg): **Über Ernährung debiler Säuglinge mit molkenreduzierter Milch an der Hand von Stoffwechselversuchen.** Bisher haben sich eigentlich nur die Milchderivate dauernd bewährt, denen eine Reduktion „des Salzanteiles der Molke" gemeinsam ist und die auf dem Boden dieser Salzarmut eine Anreicherung mit einem oder mehreren der anderen Milchnährstoffe erfahren haben. Dazu gehören vor allem die Kellersche Malzsuppe, die sog. Fettmilchen und schließlich die Eiweißmilch. Insbesondere bewährt hat sich die molkenreduzierte Milch bei Aufzucht debiler Säuglinge. Die Nahrung enthielt die vollen Werte der Kuhmilch an Fett und Zucker, dagegen nur $^2/_5$ des Eiweißes und der Salze der Molke. Hauptvorteil: Zwar langsames, aber solides und zuverlässiges Wachstum, Gefahrlosigkeit (z. B. gegenüber der salzreichen Buttermilch). Stoffwechselversuche zeigten, daß Salzangebot und Retention bei Verfütterung dieser salzarmen Nahrung für einen physiologischen Gewebsansatz nicht zu gering war. Auch das Bedenken, daß durch eine reichliche Ausscheidung von Fettsäuren eine den Körperbestand gefährdende Kalkentziehung stattfinden könne, hat sich als unbegründet erwiesen.

2. Sitzung am Samstag, 17. September 1910, nachmittags.
Vorsitzender: Rauchfuss (Petersburg).

Schloss (Berlin): **Über Ernährungsversuche mit künstlichem Milchserum nach Friedenthal.** Das „künstliche Muttermilchserum nach Friedenthal" ist eine in ihrem Molkengehalt der Frauenmilch angenäherte Milch. Jüngere Säuglinge kommen bei dieser Nahrung nicht recht vorwärts; bei Kindern jenseits des ersten Vierteljahres, besonders bei solchen durch chronische Ernährungsstörungen oder langdauernde fieberhafte Erkrankungen stark heruntergekommenen, zeigten sich hingegen wiederholt glänzende Erfolge. Auffallend war besonders eine günstige Wirkung auf die Haut; die Kinder blieben vor Hautaffektionen dauernd bewahrt, Furunkulosen wurden gut beeinflußt. Sch. bittet, die mitgeteilten Ernährungsversuche nur als Vorversuche entgegenzunehmen, hofft aber auf diesem Wege weiter zu kommen.

Aschenheim (Heidelberg): **Über den Aschegehalt in den Gehirnen Spasmophiler.** A. kommt auf Grund von Untersuchungen der Zentralnervensysteme spasmophiler Kinder und parathyreopriver Hunde zu dem Schluß, daß bei der Spasmophilie bzw. Tetanie im Zentralnervensystem eine Störung im Stoffwechsel der Alkalien und Erdalkalien vorliegt. Der Quotient Alkalien: Erdalkalien ist bei der Spasmophilie erhöht. Diese Erhöhung beruht meist auf einer Verminderung der Erdalkalien, kann aber auch durch eine Vermehrung der Alkalien (oder durch beides) hervorgerufen werden.

Diskussion. Grosser (Frankfurt) frägt an, ob bei der Bestimmung auf den Wassergehalt der Gehirne Rücksicht genommen wurde, was Aschenheimer verneinte.

Langstein (Berlin): **Die Einwirkung des Kampfers auf den Säugling.** (Nach Versuchen von Dr. Schlutz-Minneopolis.) Kampfer ist in therapeutischen, und selbst in großen Gaben für den gesunden Säuglingsorganismus ungiftig. Er wird durch vollständige Paarung zu Kampfer-Glykuronsäure ziemlich rasch inaktiviert und entgiftet im Urin ausgeschieden, und der normale Säugling hat jederzeit ausgiebige Mengen von Glykuronsäure zur Verfügung. Bei schweren Ernährungsstörungen ist hingegen die Ausscheidung der gepaarten Glykuronsäure verzögert. Diese Verzögerung könnte herbeigeführt sein durch eine verminderte Fähigkeit, die Glykuronsäure zu bilden oder diese zu paaren. Beim schwer ernährungs-

gestörten Säugling ist demnach der unbeschränkte Gebrauch des Kampfers (und auch des Chlorals) zum mindesten theoretisch als bedenklich zu bezeichnen.

Diskussion. Hochsinger (Wien) sah nach größeren Kampfergaben per os an Säuglinge mit Cholera infantum Steigerung der Aufregungszustände.

Freund (Breslau): **Zur Kenntnis des Stoffwechsels beim Säuglingsekzem.** Dieser zeigt nach einer Untersuchung von L. F. Meyer gewisse Abweichungen von der Norm, während er sich nach Bruck nicht vom Stoffwechsel des gesunden Säuglings unterscheidet. In den Versuchen von F. zeigten bei einer im Liter 35 g Mondamin, 30 g Butter, 10 g Nutrose, 40 g Milchzucker, 3 g NaCl enthaltenden Nahrung 3 Ekzemkinder tägliche Zunahmen von 40—50 g unter starker Ödembildung, während diese bei 4 von Erscheinungen der exsudativen Diathese freien Säuglingen nur unbedeutend schwankten. Alle Fälle hatten negative Gesamtaschebilanzen. Die Ekzemkinder zeigten (mit einer Ausnahme) erhebliche Chlorretention, durchwegs starke Natronretention, während ein physiologisches Kontrollkind negative Chlor- und nur ganz schwach positive Natronbilanz hatte. Es erscheint also als eine Sondereigenschaft der Ekzemkinder, bei der angewendeten Versuchsanordnung in großen Mengen Wasser zurückzuhalten.

Diskussion. L. F. Meyer (Berlin), Freund.

Abelmann (St. Petersburg): **Die Bestimmung des Fermentgehaltes der Stühle und des Antifermentgehaltes des Blutes bei verschiedenen Erkrankungen des kindlichen Alters.** A. fand bei Dünndarmprozessen eine starke Steigerung der tryptischen Kraft der Fäzes, bei Dickdarmprozessen hingegen eine beträchtliche Verminderung. Besonders auffallend war eine Verminderung in Fällen von Peritonitis tuberculosa. Oft war hier überhaupt kein Ferment nachweisbar. Damit steht wohl die bereits erwiesene, schwache Verdauungskraft des Pankreas bei solchen Kranken im Zusammenhang. Die Lipase, im Mekonium noch nicht vorhanden, wird schon in den ersten Tagen nachweisbar, bei Darmerkrankungen und Peritonitis tuberculosa verschwindet sie aus dem Stuhl. Diastase konnte schon im Mekonium gefunden werden. Der Koeffizient des Antitrypsingehaltes, in normalen Fällen eine ziemlich konstante Größe, steigt im Verlaufe von Typhen in sehr auffälliger Weise an.

Rietschel (Dresden): **Über Klinik, Therapie und Prophylaxe des Sommerbrechdurchfalles.** Die entscheidende Rolle spielt die hohe Wohnungstemperatur, die ohne Verderbnis der Nahrung, auf das Kind einwirkt und zwar, entweder als echter Hitzschlag, als allmähliche mit Choleraanfällen kombinierte Hyperthermie oder als direkte Schädigung des Körpers, besonders des Verdauungsapparates. R. unterscheidet drei klinische Bilder: 1. Die rein hyperthermisch-konvulsivische Form (echter Hitzschlag gesunder und kranker Kinder), 2. die hyperthermisch-diarrhoisch-konvulsivische Form (Cholera infantum gesunder und kranker Kinder), 3. die rein diarrhoische Form, sog. Sommerdiarrhöe. Die 1. Form kann ohne Erbrechen und ohne jeden Durchfall verlaufen, wird hierzulande kaum beobachtet, indes steht dieses Krankheitsbild nach den Angaben der älteren Literatur fest. Der weitaus größte Teil der Todesfälle gehört in die 3. Gruppe und betrifft wohl ausschließlich ernährungsgestörte Kinder.

Die Therapie muß dieser klinischen Auffassung gerecht werden. Für die beiden ersten Formen stellt daher die Herabsetzung der Körperwärme, die Zufuhr von Flüssigkeit und die Belebung der Herzkraft die notwendigsten Maßregeln dar. Die relativ geringe Toleranzstörung dieser Kinder nach der Entfieberung ist oft erstaunlich. Zufuhr von Flüssigkeit wird am besten mit Kochsalz gegeben. Glänzende Erfolge mit Karottensuppe. Bei der 3. Form besteht hingegen die Kunst des Arztes wesentlich darin, die Toleranz des Kindes gegen Nahrungsschädigung richtig zu treffen und sowohl das Zuwenig als das Zuviel zu vermeiden. Selbstverständlich kommen alle Übergänge zwischen 2 und 3 vor.

Prophylaktisch ist das Wichtigste die Verhinderung der hohen Wohnungstemperatur. Daneben Aufklärung aller Berufsstände über die Gefahren der Hitze für das Kind, Errichtung von freistehenden Krippen. Die Hygiene der Milch ist selbstverständlich dabei nicht außer acht zu lassen, allerdings stellt die hohe Einschätzung der Kindermilch mit ihren enormen Preisen eine Überspannung eines an sich richtigen Prinzips dar. Die Milchküchen sind nicht geeignet, eine wirksame Waffe gegen die Säuglingssterblichkeit darzustellen.

Diskussion. Hochsinger (Wien) betont, wie gefährlich in der Sommerhitze selbst kleinste Diätfehler (ein kleines Stückchen Obst oder Wurst) werden können.

Moro (München) bezeichnet die Aufstellung der drei klinischen Formen des Sommerbrechdurchfalles nach R. als nicht glücklich. Ein Krankheitsbild, wie der reine Hitzschlag, das weder mit Erbrechen noch mit Durchfall einhergeht, kann unmöglich dem semiotischen Begriff des Sommerbrechdurchfalles untergeordnet werden. Besser wäre der Hitzschlag in den Gruppen der Nervenkrankheiten, Krämpfe oder Konstitutionsanomalien unterzubringen. Die Hitze wirkt wahrscheinlich direkt oder indirekt auf den Verdauungsapparat selbst ein, und man braucht in der Anamnese gar nicht nach einem kleinen Diätfehler zu suchen.

Heubner (Berlin) hat die erste Form bei Säuglingen niemals gesehen und meint ebenfalls, daß sie sich nicht gut in den Rahmen des Sommerbrechdurchfalles einfügen läßt. Die Hauptsache in der Pathogenese der Ernährungsstörungen liegt in einem Mißverhältnis zwischen Nährstoffzufuhr und Verdauungskraft, wie dies unlängst auch Pfaundler auseinandergesetzt hat. Die Verdauungskraft wird aber durch die Hitze zweifellos in hohem Grade herabgesetzt. Deshalb läßt Heubner in seiner Klinik an heißen Tagen nur $^1/_5$ der Nahrung geben, wobei dann die gefürchteten Gewichtsstürze auszubleiben pflegen.

Tugendreich (Berlin) erinnert sich einer Literaturangabe, wonach selbst die Frauenmilch im Sommer dünner fließen soll.

Rietschel gibt im Schlußwort Heubner und Moro recht.

3. Sitzung am Sonntag, den 18. September 1910.
Vorsitzender: Heubner (Berlin).

Risel (Leipzig): **Der therapeutische Wert der Heilsera** (Referatthema). Die Serumtherapie ist seit ihrem Erfolge bei Diphtherie auf fast sämtliche bei uns endemischen bakteriellen Infektionen des Menschen und der Tiere übertragen worden. Den antitoxischen Seris gegen Diphtherie, Tetanus und Schlangenbiß stehen die antiinfektiösen Sera gegenüber. Der Einfluß der ersteren Sera zeigt sich in einer Milderung der Intoxikationssymptome, sowie in der Herabsetzung der Pulsfrequenz und des Fiebers. Abheilung bestehender Krankheitsprozesse wird weniger erzielt als ein Weitergreifen der Erkrankung verhindert. Machtlos ist die Serumtherapie gegen Affektionen, die schon vor ihrer Einleitung als Komplikationen hinzugetreten waren oder die bedingt sind durch bereits gesetzte irreparable Organerkrankungen, daher steigt der Wert der Serumtherapie, je früher sie angewandt wird. Durch die prophylaktische Benutzung sind in Krankenhäusern die früher so gefürchteten Diphtherieepidemien unbekannt geworden; und ebenso läßt sich durch Serum mit großer Sicherheit der Ausbruch eines Tetanus bei Verletzten verhüten.

Die Erfahrungen mit den antiinfektiösen Seris sind widersprechend. Hier sind so viel theoretische Fragen noch ungeklärt, daß zusammen mit dem wechselnden klinischen Bild (der Pneumonie, des Erysipels, der Tuberkulose) sich Schwierigkeiten bei der Beurteilung des therapeutischen Effektes ergeben müssen.

Um den Heilwert auszunutzen, soll man gegen Diphtherie nicht nur 3—5000 I. E. injizieren, sondern gegebenenfalls auf das 10 fache steigen. Wegen der günstigeren Resorption soll die subkutane Methode durch die intramuskuläre ersetzt werden, wo Lebensgefahr besteht durch die intravenöse, bei Tetanus und Zerebrospinalmeningitis durch die subdurale.

Statistische Belege für die ausgezeichnete Wirkung des Diphtherieheilserums an der Hand zahlreicher Tabellen. Statistische Zusammenstellung über den Wirkungswert der übrigen Sera.

Diskussion. Theodor (Königsberg) betont die günstige Beeinflussung von Nephritis und Lähmungen, wenn man am 1. Tage einspritzt.

Noeggerath (Berlin) vermißt im Vortrag die Behandlung der postdiphtherischen Lähmungen mit übergroßen Serummengen und wünscht die intramuskuläre und intravenöse Injektion nicht nur erwähnt, sondern unterstrichen erwähnt. Wir sollen überhaupt nur intramuskulär injizieren. Desgleichen blieben die einfache Serumwirkung und die Versuche über die Verhütung der sofortigen Reaktion durch Vorinjektion minimaler Mengen unberücksichtigt.

Hochsinger (Wien) warnt vor den Gefahren der Serumkrankheit, besonders bei Anwendung großer Mengen, wie bei Scharlach. E. Müller (Berlin-Rummelsburg) empfiehlt bei Säuglingen die Injektion in die Schädelvene vorzunehmen.

Grosser (Frankfurt a. M.): **Epithelkörperchenuntersuchungen bei Kindern.** Auf Grund eines Materials von 13 Tetanien und 31 anderen Fällen wendet sich G. gegen die Anschauung, daß bei jeder Tetania infantum Blutungen in den Epithelkörperchen gefunden werden. Bemerkenswert ist, daß bei drei Fällen von plötzlichem Tod völlige Zerstörung der EK. als einziger Sektionsbefund erhoben wurde. Es ist deshalb zu verlangen, daß bei gerichtlichen Sektionen von plötzlichen Todesfällen die EK. histologisch untersucht werden.

Diskussion. Freund (Breslau) trägt Bedenken, ob nicht gerade die drei Fälle mit ausgedehnten EK.-Blutungen und plötzlichem Tod zur Tetanie zuzurechnen waren.

Klotz (Straßburg): **Über Mehlabbau.** Die Anschauung, daß die Mehlwirkung als Zuckerwirkung zu erklären sei, kann nicht befriedigen. Die Beziehungen der Gärungssäuren zum Stoffwechsel weisen vielmehr darauf hin, den Mehlabbau unter diesem Gesichtspunkte zu studieren.

K. bediente sich der Rosenfeldschen Versuchsanordnungen am Phloridzinhungerhund und fand, daß die einzelnen Mehle sich sehr verschieden verhalten. Weizenmehl wurde als Zucker, Hafermehl dagegen als Kohlehydratsäure resorbiert. Ersteres geht den „transglykogenen“, letztere beiden hingegen den „aglykogenen“ Weg Rosenfelds. Das Problem der paradoxen Wirkung des Hafers beim Diabetiker ist damit gelöst. Hafermehl wird, wie K. unabhängig von S. Lang gefunden hat, etwas schneller diastasiert und bildet größere Maltosemengen als Weizenmehl. Es stellt infolgedessen ein qualitativ und quantitativ besseres Nährsubstrat für die Darmflora dar, als das Weizenmehl. Diese Annahme ist experimentell leicht nachzuprüfen. Werden dextroseäquivalente Mengen von Weizen- und Hafermehl diastasiert und bakteriell vergärt, dann tritt beim Hafer eine weit intensivere Säurebildung auf, als beim Weizen.

Diskussion. Bahrdt (Berlin) frägt nach dem Anteil, den die Darmbakterien beim Mehlabbau nehmen und ob Unterschiede dabei vorliegen. Klotz spricht ihnen die ausschlaggebende Rolle zu.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

9. Sitzung vom 17. Februar 1910.

1. Privatdozent Dr. Adolph H. Meyer: **Demonstration eines Patienten mit infantilem Mongolismus.**

2. Privatdozent Dr. M. Lauritzer (als Gast): **Über die Behandlung von Diabetes mellitus bei Kindern.** Der Vortrag erschien in Nordish Tidsskrift for Terapi und wurde in diesem Zentralblatt referiert.

Diskussion. Dr. med. Lendrop fragte, welche kohlenhydratfreien Gemüse an den „Gemüsetagen“ angewandt werden könnten; ferner ob es eine plausible Erklärung der guten Wirkung der Haferdiät gebe, endlich wie eine Glykosurie außerhalb des Hospitals bei Säuglingen entdeckt wurde.

Privatdozent Dr. Melchior fragte, ob es eine praktische Rolle habe, durch wiederholtes Kochen die Gemüse kohlenhydratfrei zu machen, ferner ob Kinder von diabetischen Familien diabetische Symptome ohne Glykosurie zeigen könnten.

Privatdozent Dr. Adolph H. Meyer fragte, ob Heilungen von sicherem Diabetes mellitus bei Kindern existierten, ob, abgesehen von Glykosurie, bei akuten febrilen Krankheiten oder bei Traumen, transitorische Glykosurien bei Kindern außerhalb des Säuglingsalters existierten und wie sie sich erklären ließen, ob akute Pankreatitis mit vorübergehender Glykosurie bei Kindern gefunden wurde; ob die Toleranz nachweislich durch strenge Diät stieg. Es wäre von großer praktischer Bedeutung zu wissen, daß man die Toleranz verbessern könnte, eventuell ein Kind mit einer beginnenden diabetischen Glykosurie heilen könnte, wenn man es in 1 oder 2 Jahren strenge Diät halten ließ. Doch wäre es notwendig zu wissen, daß es sich wirklich um eine diabetische Glykosurie handelte. ehe man so drakonische Maßregeln vornähme. Deshalb hatte er die obengenannten Fragen aufgestellt, da es ihm von großer Bedeutung schien, wenn man bei Kindern

in der Praxis eine diabetische Glykosurie von einer Glykosurie anderer Ursache unterscheiden könnte.

Oberarzt Monrad hatte 3 Mädchen auf Glykosurie behandelt, welche seiner Meinung nach von Harnsäurediathese verursacht war, und die auch durch antiarthritische Behandlung schwand. Er warnte davor, solche Fälle als echten Diabetes mellitus zu betrachten.

Privatdozent Dr. Lauritzen antwortete, daß die Gemüse der Gemüsetage Blattgemüsen (Salat, Spinat, Säure, Kohl), Spargel, junge Rabarberstengel, Artischocken, ein kleiner Tomat, Haricots verts, Schnittbohnen waren. Die günstige Wirkung der Haferdiät war rätselhaft, aber ohne Zweifel, wenn die Azidose günstig beeinflußt wurde. Prädiabetische Symptome waren sehr oft bei älteren Kindern vorhanden; bei Säuglingen wurde die Aufmerksamkeit durch Durst und vermehrte Diurese auf die richtige Diagnose hingelenkt. Das wiederholte Kochen der Gemüse spielte keine praktische Rolle für die Gemüsetage. Es war gelungen, diabetische Glykosurien bei Kindern durch energische antidiabetische Behandlung durch längere Zeit zu heilen. Es existierten bei Kindern wie bei Erwachsenen transitorische, neurogene und hepatogene Glykosurien. Akute Glykosurien nach akuten febrilen Krankheiten wurden vielleicht am häufigsten von Pankreasleiden verursacht. Zahlreiche klinische Versuche hatten gezeigt, daß die Toleranz durch lange dauernde antidiabetische Diät vergrößert werden konnte. Die genaue Diagnose mußte durch Probemahlzeit aufgestellt werden. Diabetes in Verbindung mit Harnsäurediase pflegte eine gute Prognose zu haben. Antiarthritische Behandlung (Ausschließung von stark mehlhaltigen und süßen Speisen und Getränken und von großen Fleischrationen nebst Anwendung von grünen Gemüsen, Alkalien, Bädern und Motion) genügte bisweilen bei leichten Fällen von Diabetes, den Zucker von dem Harn zu beseitigen.

10. Sitzung vom 17. März 1910.

1. Privatdozent Adolph H. Meyer: **Demonstration eines Patienten mit Fragilitas ossium.** Es handelte sich um einen 11 Monate alten Knaben, der an mittelschwerer Rachitis und einer schweren Kolitis litt. Er war mit einem Gemisch von Haferschleim und gekochter pasteurisierter Milch genährt worden. An allen den Diaphysen der Extremitäten waren Frakturen vorhanden; die Röntgenbilder zeigten Atrophie der Knochen, bestehend in Mangel oder Rückstand der Entwicklung der Kortikalis und in schwacher Entwicklung der Spongiosa, deren Trabekeln sparsam, mit großen Maskenräumen, waren. Kein Zeichen einer Barlowschen Krankheit. Der Referent fand eine Ähnlichkeit zwischen diesem Krankheitsbild und der von Frölich durch einseitige Milchnahrung bei Meerschweinchen erzeugten Knochenzerbrechlichkeit, welche durch eine leichte Degeneration des Knochenmarks und Knochenatrophie, von multiplen Diaphysenbrüchen begleitet, charakterisiert wurde. Genauere anatomische und röntgenologische Untersuchungen waren notwendig.

Diskussion. Prof. Israel-Rosenthal und Oberarzt Monrad waren am meisten geneigt, die Frakturen als von der vorhandenen Rachitis hervorgerufen zu betrachten.

2. Privatdozent C. E. Bloch: **Ein Fall von periodischem Erbrechen mit Azetoneausscheidung.** (Der Vortrag wurde in diesem Zentralblatt referiert.)

Diskussion. Privatdozent Lauritzen glaubt auch, daß die Azetonurie bei diesem Kinde sekundär und von dem Erbrechen verursacht war. Es war eigentümlich, daß das Kind auch zwischen den Anfällen Azetone ausschied, aber vielleicht durch die kohlenhydratarme Diät erklärlich. — Oberarzt Monrad glaubt nicht, daß die Azetoneausscheidung sekundär war, sie war nämlich zuweilen vor dem Anfang des Erbrechens vorhanden. Privatdozent Bloch meint, daß das Erbrechen das primäre war; wenn zuerst Azetone entwickelt wurden, war Circulus vitiosus vorhanden.

3. Privatdozent Oerum: **Über Empyem bei Kindern.** Auf 37 Fälle gestützt besprach der Referent die wichtigsten Haltpunkte für die Diagnose. Die Vermutung eines Empyems wurde gestützt von 1. Zeichen von Exsudat bei einem Kinde unter 6 Jahren, 2. vermehrter Pulsfrequenz trotz Krise oder normaler Temperatur, 3. vermehrter Indikanausscheidung ohne Darmstörungen oder Tuberkulose, 4. dem ganzen Allgemeinbefinden (Schweiß, Abmagerung, Blässe, Kurz-

atmigkeit, kurzer, kupierter Husten). Gegen Empyem spricht nicht 1. normale Temperatur, 2. negative Punktur, 3. seröse Flüssigkeit bei der Punktur. Als wertvolles Zeichen eines kleineren oder mittelschweren Exsudats kann genannt werden: 1. Kräftige Dämpfung, am häufigsten abwärts zunehmend und schräg vorwärts fallend mit einer möglicherweisen klaren Verbrämung der Kolumne entlang, 2. geschwächtes Atmen, 3. kleine Diurese, 4. Verschiebung der Nachbarorgane, 5. zunehmende Zirkumferenz des ganzen Brustkastens in einer bestimmten Höhe. Gegen Exsudat spricht nicht 1. bronchöses Atmen, 2. Krepitation, 3. fehlende Erweiterung der Seite oder Retraktion. — Die Prognose hängt von dem Alter, der Ätiologie und den Komplikationen ab. 8 von 9 Patienten unter 2 Jahren starben (der jüngste 8 Wochen alt); von 28 Patienten über 2 Jahren starben 5 (3 von diesen waren moribund bei der Aufnahme). 6 Fälle waren tuberkulös, sie starben alle; bei den meisten anderen wurden Pneumokokken nachgewiesen. In 2 Fällen war die Resorption spontan. In 6 Fällen wurde Aspiration allein versucht, alle 6 mußten später operiert werden. Von den tuberkulösen Patienten abgesehen wurde in 13 Fällen Pleurotomie, in 13 Fällen Resektion vorgenommen; von den ersten starben 3, von den letzten 1 (nur einer der Toten war mehr als 2 Jahre alt).

Adolph H. Meyer.

III. Therapeutische Notizen.

Das Eisenpräparat Roborin der „Deutschen Roborin-Werke in Lichtenberg bei Berlin" haben Dr. Altheimer und Dr. v. Boltenstern (Berlin) bei primären und sekundären Anämien, ebenso bei Schwächezuständen mit bestem Erfolge angewandt. Subjektiv wie objektiv trat sehr bald eine deutliche Besserung zutage, so daß das Präparat der Empfehlung wert erscheint.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 19.)

Über Guajakol-Arsenhämatose läßt sich Dr. R. Burow (k. k. pharmakolog. Institut Innsbruck) aus. Da mit reiner Arsenhämatose durchwegs günstige Resultate erzielt werden, so veranlaßte Autor die Firma Richard Paul, Mohrenapotheke, Graz auf Grund von ihm bei Tuberkulose mit Guajakol und Arsen in jahrelanger Praxis gemachten äußerst günstigen Erfahrungen, eine verstärkte Arsenhämatose mit Guajakolzusatz in schmackhaft-flüssiger Form herzustellen und als Guajakol-Arsenhämatose in den Handel zu bringen, um einem großen Übelstande abzuhelfen, welcher darin bestand, daß beide wirksamen Substanzen, Guajakol und Arsen, bisher getrennt gegeben werden mußten. Vom rein pharmakologischen Standpunkte aus kann Autor die Guajakol-Arsenhämatose „Paul" als ein den Appetit förderndes, die Diurese steigerndes, den Stoffwechsel und die Blutbeschaffenheit günstig beeinflussendes, leicht resorbierbares Präparat, ohne irgend welche schädigenden Nachwirkungen bezeichnen. Nach seinen Untersuchungen ist die Guajakol-Arsenhämatose „Paul" vom bakteriologischen Standpunkt aus als wirkliches und echtes Antituberkulosum charakterisiert, dank seines Arsengehaltes als Spezifikum gegen die Erreger der Tuberkulose — die Tuberkelbazillen — und dank seines Guajakolgehaltes als Spezifikum gegen die giftigen Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen — die Toxalbumine. Was die Dosierung anbelangt, so sei man nicht allzu ängstlich, sondern gehe in steigender Dosis alsbald bei Kindern von 1 bis zu 5 Kaffeelöffeln, bei Erwachsenen von 1 bis zu 5 Eßlöffeln bzw. Likörgläschen pro die über. (Wiener klin. Rundschau 1910, Nr. 39.)

Daucarot, hergestellt nach Vorschrift von Dr. med. Kunzmann (Affoltern a. A.). Versuche, der erschreckend hohen Mortalität der Säuglinge an Gastroenteritiden durch neue therapeutische Mittel entgegenzutreten, sind in den letzten Jahren vielfach gemacht worden. Französische Autoritäten auf dem Gebiete der Kinderheilkunde (Mery, Comby, Variot u. a.) haben in diesem Bestreben einen neuen Weg eingeschlagen und auf die günstigen Resultate der Behandlung akuter und chronischer Enteritiden der Säuglinge und Kinder mit sog. Gemüsesuppen hingewiesen: Absude von Kartoffeln, Karotten, Kohlrüben, trockenen Erbsen und Bohnen, filtriert und mit Kochsalz versetzt, mit oder ohne Beigabe von Mehl

oder Schleim, wurden in verschiedenen Kombinationen verabreicht. Moro (München 1908) hat eine Karottensuppe empfohlen und eine Reihe klinischer Beobachtungen mit beachtenswerten Erfolgen publiziert. — Seit einigen Jahren hat F. Kunzmann, auf volkstümlichen therapeutischen Gebräuchen in seiner Gegend basierend, mit einer ähnlichen Verordnung Versuche angestellt und dabei auch gute Resultate gesehen, die ihn veranlaßten, die Aufmerksamkeit auf diese neue Behandlungsweise der Gastroenteritiden der Säuglinge zu lenken und zugleich ein diätetisches Präparat einzuführen. Die Firma „Konservenfabrik A.-G. Lenzburg“ (Schweiz) hat die Herstellung des neuen Präparates „Daucarot“ (Daucus Carota-Möhre, oder Karotte Radix Dauci sativi) übernommen. Es ist eine Konserve aus Rübenbrei, schwacher Fleischbrühe und Kochsalz, die den großen Vorteil hat, in kürzester Zeit, durch ein einfaches Verrühren in heißem Wasser, einen gebrauchsfertigen, genau dosierten Rübenabsud zu liefern (ein Tagesquantum). Das umständliche Kochen der Rüben und der Fleischbrühe in der nötigen Menge und Konzentration, das „durchs Sieb drücken“ der Rüben, das Abwägen der nötigen Salzmenge fallen weg, Faktoren, die in der Privatpraxis oft auch nicht richtig ausgeführt werden und von deren Genauigkeit und Peinlichkeit doch der Erfolg abhängt. Auch die Beschaffenheit der rohen Rübe (Jahreszeit), die oft Mühe bereitet, ist bei der Form der Konserve, die eine unbegrenzte Haltbarkeit hat, ausgeschaltet. Die peinlichst sorgfältige Herstellung, die genaue und konstante Dosierung, das aus bestem Material in der günstigsten Jahreszeit gewonnene und nach neuesten Prinzipien der Sterilisation hergestellte Präparat bietet weitaus größere Chancen auf Erfolg, als die private, frische, oft ungenaue Zubereitung. Proben liefert auf Wunsch gratis die Konservenfabrik Lenzburg (Schweiz). Preis 1,20 Fr. per Büchse. Gebrauchsanweisung: Der Inhalt der Dose wird in 1 Liter heißen Wassers verrührt und im Zeitmaße der üblichen Nahrungsverabfolgung und in der zur Sättigung nötigen Menge verabfolgt. Der Rest wird an kühlem Orte aufbewahrt; jede Portion ist leicht zu erwärmen (vor Entnahme ist das Restquantum immer gut aufzurühren). Bei Annahmeverweigerung (nur ausnahmsweise) kann etwas Saccharin zugefügt werden. Bei auftretenden Ödemen (selten) wird Daucarot ausgesetzt. Hauptindikation: Gastroenteritis acuta (und chronica) der Kinder bzw. Säuglinge (akuter und chronischer Magendarmkatarrh, Brechdurchfall, Sommerdiarrhöen, Magendarmstörungen als Folge von unzweckmäßiger Ernährung usw.). Kontraindikation: Dyspepsien im Anschluß an ausschließliche oder vorwiegende Kohlehydraternährung („Mehlnährschaden“ nach Czerny und Keller), Gärungsdyspepsien nach Ad. Schmidt (im Kindesalter selten). Eine Dose bildet ein Tagesquantum (täglich frische Zubereitung); Reste müssen weggeworfen werden. Während des Gebrauchs von Daucarot sind andere Nahrungsmittel in den ersten Tagen auszusetzen. Daucarot kann beliebig lange verabfolgt werden (2 bis 3 Wochen), indem es einen gewissen, leicht ausnutzbaren Nährwert (ca. 250 Kalorien pro Liter Suppe) repräsentiert und die Kinder in hohem Maße befriedigt. Nach Schwinden der Krankheitssymptome (Fieber, Diarrhoe, eventuell Erbrechen), in der Regel nach 1 bis 3 Tagen bei akuten Fällen, kann zu einer rationellen künstlichen Ernährung übergegangen werden (Schleimabkochungen, verdünnte Milch, dann Vollmilch). Kuhmilchrationen, die vorher schwere Störungen hervorgerufen hätten, werden nach der Daucarotkur glatt ertragen und lassen die Kinder wieder gut gedeihen. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 19.)

Eisensajodin in der Augenheilkunde hat mit bestem Erfolge Dr. Paul Cohn (Berlin) angewandt. C. hat das Eisensajodin bei 15 augenkranken Kindern klinisch benutzt, von denen alle — mit einer Ausnahme — das typische Bild der Skrofulose darboten. Drüsenschwellungen geringen bis höchsten Grades, ausgedehnte Ekzeme an den Lidern, im Gesicht, hinter den Ohren, auf dem Kopfe waren die allgemeineren Lokalisationen; an den Augen selbst fanden sich Bindehaut und Hornhaut in allen möglichen Formen erkrankt, von den leichten plyktänulären Bindehautentzündungen an bis zu den schwersten eitrig-ulzerösen Erkrankungen der Hornhaut. Der klinische Aufenthalt der Kinder schwankte zwischen 2 und 17 Wochen, ihr Alter zwischen 3 und 13 Jahren. Die Dosis des Medikamentes betrug, je nach dem Alter der Kinder, 2—3 Tabletten 0,5 Eisensajodin, stets im Anschluß an die Mahlzeiten einzunehmen. Eine anderweitige innerlich-medikamentöse Therapie fand nicht statt. Alle Kinder, ohne Ausnahme, nahmen die Tabletten mit großem Vergnügen ein. Eine Magen- oder Darmstörung

wurde niemals beobachtet. In keinem Falle trat eine üble Nebenwirkung des Jod, wie Akne, Schnupfen usw. auf. Ein deutlicher günstiger Einfluß auf das Allgemeinbefinden war, besonders bei längerem klinischen Aufenthalt, niemals zu verkennen: der Appetit nahm stets in erfreulicher Weise zu, das Aussehen des Kindes besserte sich zusehends, die Wangen röteten und füllten sich, die Ekzeme heilten in manchmal überraschend schneller Weise ab. Auch bei den eigentlichen Augenaffektionen war, von einzelnen besonders hartnäckigen Fällen abgesehen, stets eine schnelle Besserung und Heilung zu verzeichnen. Kurz zusammenfassend kommt C. zu dem Schlusse, daß wir in dem „Eisensajodin" ein gut verträgliches, wohlschmeckendes Eisenjodpräparat besitzen, das bei längerem Gebrauch bei skrofulösen Kindern von vorzüglicher Wirkung auf das Allgemeinbefinden und demgemäß auch auf lokale skrofulöse Augenaffektionen ist, und das daher allen Fachgenossen bestens empfohlen werden kann. (Mediz. Klinik 1910. Nr. 42.)

IV. Neue Bücher.

G. Tugendreich. **Die Mutter- und Säuglingsfürsorge.** II. Hälfte. 2. Teil. Stuttgart, F. Enke.

Dieser letzte Teil des von uns schon mehrfach angezeigten Werkes enthält die Kapitel 12—18, welche folgende Themata besprechen: Die offene allgemeine Säuglingsfürsorge, die Versorgung der Säuglinge mit Kindermilch, die anstaltliche Fürsorge für Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett und Stillung, Fürsorge für Kinder, deren Mütter tagsüber außerhäuslich erwerbstätig sind, die anstaltliche Versorgung kranker Säuglinge, Fürsorge für besonders gefährdete Säuglinge, Zentralisationsbestrebungen. — Tugendreichs „Kurzgefaßtes Handbuch" wird künftig unentbehrlich sein für alle, welche sich mit dem Gebiet der Mutter- und Säuglingsfürsorge theoretisch oder praktisch beschäftigen; es ist das erste Buch, das über alles Wissenswerte nach dieser Richtung hin Auskunft gibt und eine zusammenfassende Darstellung dieses weitverschlungenen Problems bietet. Namhafte Fachleute haben an dem Werke mitgearbeitet und dazu beigetragen, daß dasselbe über alle Themata zuverlässige Auskunft erteilt. So wird das Handbuch seinen Zweck in bester Weise erfüllen. Grätzer.

P. Dittrich. **Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit.** VII. Band. 1. Teil. I. Hälfte. Wien u. Leipzig, W. Braumüller. Preis: 34 Mk.

Franz Erben hat diesen Teil der „Vergiftungen" bearbeitet. „Die organischen Gifte, Therapie, semiotische Übersicht" lautet der Titel dieses ca. 1240 Seiten umfassenden Bandes. Daß die Besprechungen bei dieser Ausdehnung an Genauigkeit nichts zu wünschen übrig lassen, braucht wohl nicht erwähnt zu werden. Man muß aber auch über dies Gebiet so genau wie möglich orientiert sein, will man den Anforderungen der Praxis nach dieser Richtung hin gerecht werden. Und so sollte der Preis nicht davor abschrecken, sich das Werk anzuschaffen, das als Nachschlagebuch ersten Ranges gelten darf. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Becker, H., Beitrag zur Bibliographie und Geschichte der akuten und chronischen epidemischen Kinderlähmungen (Bonn). — **v. Bellubekianz, A.,** Zwei Fälle von kongenitalen Vitien (Berlin). — **Bodenstein, Th.,** Beitrag zur Kenntnis der Struma congenita (Kiel). — **Bock, A.,** Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Herzfehler (Gießen). — **Bönning, F.,** Beitrag zur Symptomatologie und Theorie der kongenitalen Pylorusstenose beim Säugling (Marburg). — **Breuer, P.,** Beiträge zur Anatomie und chirurgischen Behandlung der Nabelschnurbrüche (Breslau). — **Bugs, W.,** Zur

Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit (Kiel). — **Czablewski, A.**. Kasuistischer Beitrag zu den kongenitalen Supinationsstörungen der Vorderarme (Leipzig). — **Eilers, K.**, Die Bedeutung der v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinprobe bei Fällen von exsudativer Diathese und über das Vorkommen von exsudativen Erscheinungen bei tuberkulösen Kindern (Göttingen). — **Ganeff, N.**, Über angeborene Stenose und Atresie der Aorta durch fötale Endokarditis (Würzburg.) — **v. Grotkowski. S.**, Vergleiche der Sopholprophylaxe gegen die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen mit anderen konkurrierenden Verfahren (Breslau). — **Hassan-Dschalaljanz, N.**, Geburten von über 4000 g schweren Kindern und ihre forensische Bedeutung (Jena). — **Hauck, J.**, Beitrag zur Frage der Ophthalmoplegie im frühen Kindesalter (Greifswald). — **Heiliger, J.**, Über die kongenitale zystenartige Erweiterung des Ductus choledochus (Gießen). — **Katz, E.**, Über das Vorkommen von Karzinom bei Jugendlichen und ein Fall von Rektumkarzinom bei einem Siebzehnjährigen (Freiburg). — **Kerscher, M.**, Beitrag zur Lehre über kongenitale Tuberkulose (Erlangen). — **Kiendl, W.**, Zirkuläre Karies der Milchzähne und Tuberkulinreaktion (München). — **Kockerbeck, K.**, Die Gießener Milchküche (Gießen). — **Kuzuya, S.**, Der Einfluß der Säuglingssterblichkeit auf die Wertigkeit der Überlebenden (München). — **Leites, A.**, Radikaloperationen von Inguinalhernien im Kindesalter (Berlin). — **Liertz, R.**, Die Lage des Wurmfortsatzes beim Fötus und bei Kindern (München). — **Litwin, S.**, Geburtsblutungen am kindlichen Schädel (Freiburg). — **Maass, S.**, Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb ohne Dämmerzustand im jugendlichen Alter (Leipzig). — **Mallinckrodt, E.**, Zur Kenntnis des Infantilismus und des Zwergwuchses (Kiel). — **Ollendorf, W.**, Fall von doppelseitigem, kongenitalem Klavikuladefekt (Bonn). — **Peterssen, G. P.**, Fall von angeborenem multiplen Angiom (Gießen). — **Pietrowski, K.**, Beitrag zur Hysterie der Kinder (Kiel). — **Puls, H.**, Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit (Rostock). — **Reich, K. A.**, Amputationen im Kindesalter (Tübingen). — **Röttinger, M.**, Zur Therapie der Coxa vara rachitica (Erlangen). — **Bomanoff, N.**, Chondro-dystrophia foetalis (München). — **Salzberger, M.**, Über die Gefährdung der Kinder durch das in der Geburt gegebene Skopolaminmorphium (Freiburg). — **Schiborr, W.**, Das Collessche Gesetz im Lichte der modernen Forschung (Straßburg). — **Schultheiss, L.**, Die nosologische Abgrenzung der Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Dementia infantilis (Leipzig). — **Schultze, F.**, Scharlachmortalität (Berlin). — **Sengoku, N.**, Dauerresultate der Radikaloperation freier kindlicher Leistenhernien (Erlangen). — **Spitz, H.**, Zur Kasuistik der angeborenen Beweglichkeitsstörung des Auges (Leipzig). — **Steffen, W.**, Beitrag zur Kenntnis der Wirkungsweise des v. Behringschen Serums bei Diphtherie (Gießen). — **Terterianz, A.**, Metatarsus varus congenitus im Zusammenhang mit Trichterbrust (Berlin). — **Tomono, H.**, Diabetes mellitus im Kindesalter (München). — **Toporski, F.**, Angeborene Stenose des Pylorus bei Säuglingen infolge von Entwicklungsstörung des Darmkanals (Leipzig). — **Wierzejewski, J.**, Über den kongenitalen Ulnadefekt (Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Düsseldorf. In Aprath ist eine **Heilstätte für lungenkranke Kinder** eröffnet worden. — Der Verein für Säuglingspflege hat eine **Wanderlehrerin** für Kinder- und Säuglingspflege angestellt.

Frankfurt a. M. Eine **Schulzahnklinik** (im Carolinum) ist eröffnet. — Am 11. Dezember 12 Uhr findet im Kinderkrankenhaus (Städtisches Krankenhaus) die Versammlung der **Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte** statt. Anmeldung von Vorträgen, Demonstrationen an Dr. Cahen-Brach, Eppsteinerstr. 45.

Gießen. Prof. Dr. Koeppe ist zum ärztlichen Direktor der Zentrale für Mütter- und Säuglingsfürsorge in Hessen ernannt.

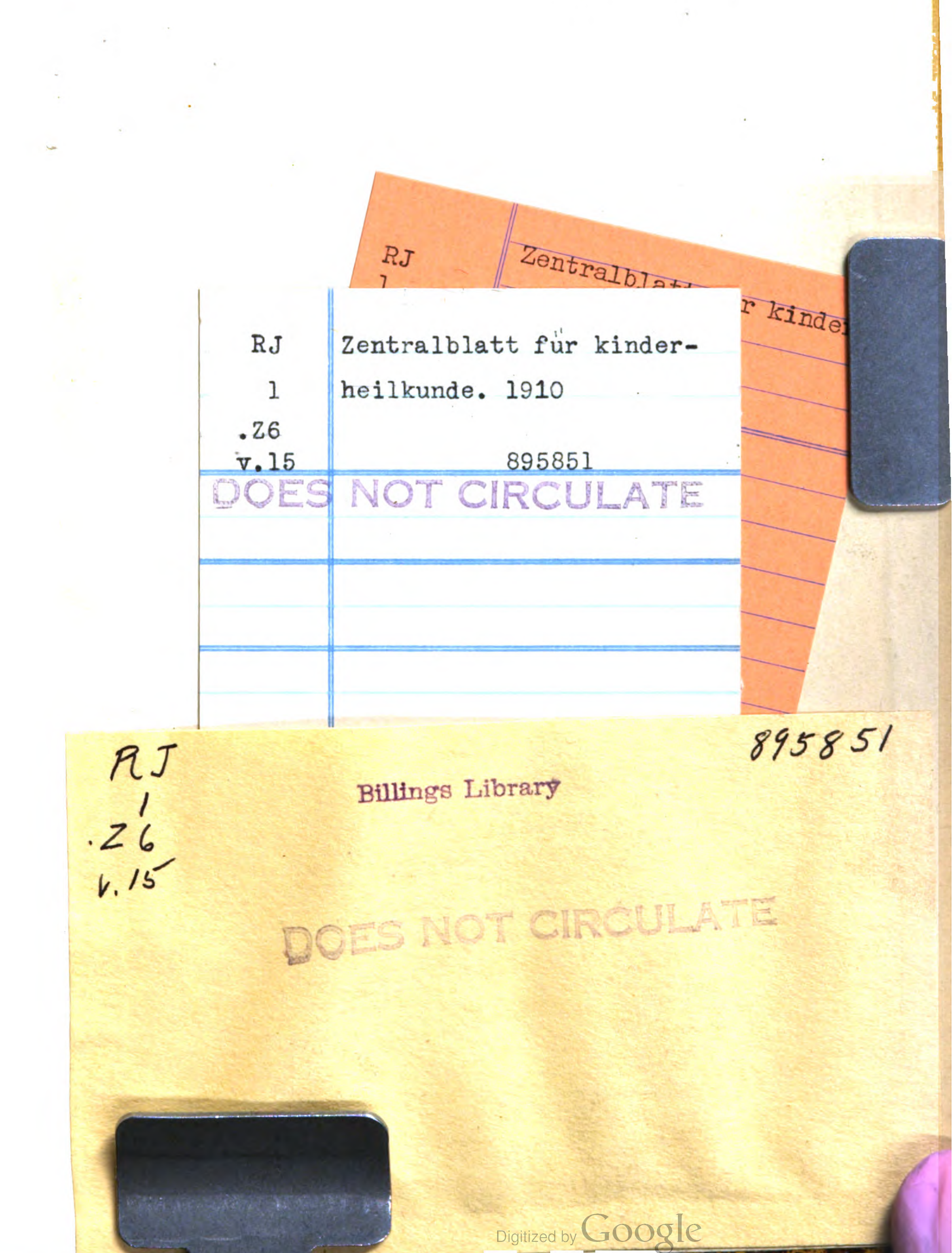
Im 1. Hefte des nächsten Jahrgangs bringen wir eine sehr interessante Arbeit aus der Feder Schreibers (Magdeburg) über das Ehrlich-Hata-Präparat 606 in der Kinderpraxis.



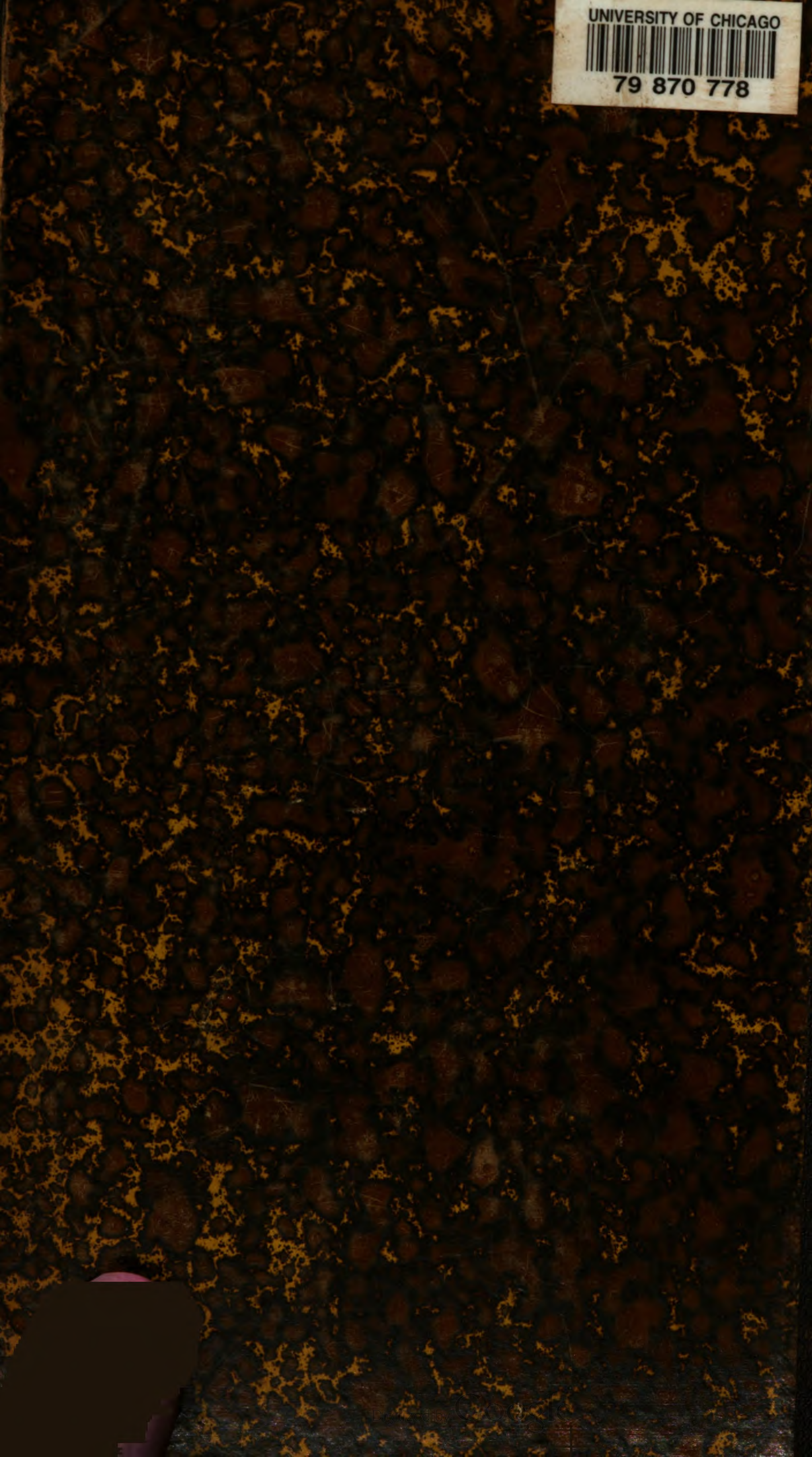
Namenverzeichnis des XV. Jahrganges.

Sachverzeichnis des XV. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



RJ
Zentralblatt für kinder
RJ
1
.Z6
v.15
Zentralblatt für kinder-
heilkunde. 1910
895851
DOES NOT CIRCULATE
RJ
1
.Z6
v.15
895851
Billings Library
DOES NOT CIRCULATE


UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 778